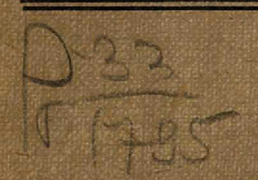
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ И ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ БИБЛИОТЕКА

ПОД РЕДАКЦИЕЙ ПРОФ. И. Д. ЕРМАКОВА

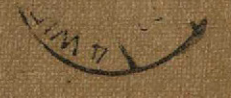


ВЫПУСК IV

Prof. Sigmund FREUD

МЕТОДИКА и ТЕХНИКА ПСИХОАНАЛИЗА

Перевод д-ра М. В. ВУЛЬФА
с предислов. проф. И. ЕРМАКОВА



ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ и ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКАЯ БИБЛИОТЕКА

Под редакцией профессора Ив. Дм. ЕРМАКОВА

Выпуск IV

Prof. Sigmund FREUD

МЕТОДИКА и ТЕХНИКА ПСИХОАНАЛИЗА

перевод д-ра М. В. ВУЛЬФА

с предисловием проф. Ив. ЕРМАКОВА

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО

МОСКВА 1923 ПЕТЕРБУРГ

Гиз. № 3833. Главлит. № 5604. Москва. Напеч. 5.000 экз.

«Мосполиграф». 1-я Образцовая тип., Пятницкая, 71.

Психоанализ не является методом, взрощенным и вскормленным в уединении научной лаборатории, оторванной от жизни и действительности; психоаналитический метод выковывался в самой гуще жизни, у постели больного, которому хотелось и необходимо было помочь в его страданиях. Такое ответственное положение терапевта вынуждало его более зорко смотреть и наблюдать за проявлениями болезни, больше отдавать себе отчет в том, что видишь.

Помочь больному можно только тогда, когда его понимаешь, а потому психоанализу, как новому методу в психотерапии, предложившему своеобразные приемы для лечения больных, пришлось сначала просто подойти к больному и его наблюдать.

В медицинской науке того времени не было недостатка в точных и проверенных знаниях о нервнобольных, особенно страдающих органическими заболеваниями — анатомия и физиология нервной системы как центральной, так и периферической привлекало внимание выдающихся ученых.

К сожалению, все эти знания, делающие честь тем, кто над ними работал, совершенно или почти совсем не касались того рода болезней, над которыми психотерапия может обнаружить и добиться целительных результатов. Точно диагностицированные анатомические заболевания или должны были оставаться такими, какими их изучил врач, или, что бывало не часто, могли подвергнуться неверному, сомнительному лечению, чаще всего паллиативному, так называемому симптоматическому лечению.

Если анатомические заболевания нервной системы интересовали и превлекали внимание ученых, то так называемые функциональные заболевания, к которым причислялась, главным образом, истерия, эта, по словам Charcot, «великая притворщица», и другие психоневротические состояния встречали у

врачей, воспитавшихся на точных знаниях анатомических взаимоотношений в нервной системе самый недружелюбный прием и отношения.

Однако, именно Charcot и парижской школе невропатологов принадлежит честь первой научной попытки сколько-нибудь разобраться в вопросах истерии и близких к ней состояний.

Это была эпоха, когда гипнотерапия была единственным способом лечения неврозов. Терапевтическое значение гипнотизма как нового средства переоценивалось и в нем видели, особенно наиболее увлекавшиеся им, панацею от всяких болезней и психических недостатков.

Freud, один из учеников великого Charcot, желая облегчить страдания больных, перепробовал целый ряд рекомендававшихся способов лечения. Он пробовал электротерапию, но вскоре должен был убедиться, как мало можно было надеяться достигнуть при ее помощи какого бы то ни было облегчения при неврозах. Тогда он стал пользоваться гипнотизмом, к которому, однако, подошел несколько иначе, чем другие, применявшие его в своей практике. Счастливый случай столкнул Freud'а с венским невропатологом Breur'ом, с которым он некоторое время работал вместе. В результате этой общей работы появился труд обоих авторов под заглавием Studien über Hysterie; основное классическое исследование вопроса, не потерявшее значения и до сих пор

Положения и взгляды, высказанные авторами, с тех пор подверглись дальнейшему анализу и разработке. Нам, в пределах интересующей нас темы о психотерапевтическом воздействии психоанализа, следует остановиться на методике, впервые здесь нашедшей применение.

Авторы отметили чрезвычайно важное явление у своих больных: предоставленные себе, погрузившись в так называемое гипноидное состояние, больные произносили какие-то слова, делали определенные движения, проявляли иной раз очень сложные и на первый взгляд непонятные реакции на внутренние психические процессы, о которых ни больной, ни врач ничего не знали. Это было то, что в просторечии называлось — разыгрыванием, распущенностью, блажью больного, и для чего наука не имела иного названия как глупости, несуразности, странности. Однако авторы подошли к этим проявлениям боль-

ного не с такой точки зрения: они пытались понять «смысл» и значение того, что говорил и проделывал перед ними пациент, захотели дать себе отчет в явлении. Тогда обнаружилось, что «глупости» больного тесно и интимно связаны с его болезненным состоянием, и что у больного в его болезненных проявлениях, в его припадках отреагируется, инсценируется некоторое психическое содержание, имеющее большое значение в его болезни.

Слушая внимательно то, о чем говорили больные в этом состоянии, расспрашивая затем их о том, что они говорили, стараясь облегчить больному вспомнить что-то забытое, ему удавалось разрушить целый ряд пробелов памяти, так называемых амнезий. При этом выяснилось, что те психические переживания, которых уже нет в памяти больного, находят свое выражение в тех или иных проявлениях их, другими словами создалась теория об амнезии и об «ущемленном» аффекте, который искал своего выражения в телесной сфере больного, снова и снова реагирующего, находя соответственные иннервации для этого «ущемленного» аффекта.

Более подробное изложение того, чем обязан психоанализ Breuer'у,— который затем отошел от нового учения,— читатель найдет в 3 выпуске настоящей библиотеки в истории психоанализа, изложенной Freud'ом; из этой статьи можно увидеть, какими кремнистыми путями приходилось итти новому учению, прежде чем оно встало на свои собственные ноги. Это было время, о котором Freud говорит, что тогда психоанализ «опирался только на одну пару глаз». Эта пара глаз особенно внимательно и вдумчиво всматривалась в проявления болезни и пыталась отдать себе отчет в явлениях.

Поскольку гипнотерапия представляет из себя ненадежный и сомнительный метод лечения, постольку приходилось искать новых путей, исходящих уже не из непонятного и ближе неопределимого понятия внушения, а исходя из опыта и наблюдений у постели больного.

Теоретические обоснования психоанализа, поскольку они покоятся на опыте, читатель найдет в том же 3-ем выпуске нашей библиотеки. Здесь в этом томике речь будет итти исключительно о практике и методике анализа.

Итак, психоанализ на первых шагах своего развития отказался от пренебрежительного отношения к «истерикам» и к

«глупостям» больного и наоборот внимательно выслушивал все, что говорил, и всматривался в то, что делал пациент. Короче говоря, он начал с исследований.

На этом новом пути детального изучения психической деятельности отдельного человека, к тому еще и больного, психоанализ сделал новые, чрезвычайно важные наблюдения и пришел к утверждению новых положений.

Если психиатрию можно сравнить с анатомией, с анатомическим познанием человеческого существа, то психоанализ соответствует гистологическому изучению, т.-е. таких взаимоотношений, которые обнаруживаются при пристальном, детальном, исследовании.

Все психоаналитическое исследование покоится на изучении взаимоотношений, связей между отдельными проявлениями психической деятельности человека и рассматривает ее как взаимообусловленную, закономерно построенную.

Поэтому психоанализ постоянно и настойчиво разыскивает и допытывается до смысла тех или иных проявлений, понимая психические проявления у человека как законосообразные, подчиненные законам явления. Нет произвола в психической деятельности, как нет его и в неодушевленном мире — следует только искать и найти эти законы.

Итак, психоаналитическое исследование началось с того, что врач внимательно вслушивался и старался понять смысл того, что перед ним делал больной, чаще всего совершенно не понимавший того, что с ним происходит, и объяснявший свое поведение и речи болезнью.

Вслушавшись, врач замечал, что больной вовсе не говорит вздора, наоборот, в его речах и поведении постоянно проявляются такие переживания, которые для него имеют определенное значение.

Эти первые наблюдения в анализе сыграли громадную роль в технике изучения больных. То, что больные говорили «зря», что «в голову придет», бессмыслицу — осталось и остается основным требованием психоаналитического метода исследования.

Сначала Breuer и Freud применяли при своем изучении «гипноидное», полусонное состояние у испытуемых, затем Freud совершенно отказался от внушения, которое, по существу, даже мешает изучению, и обратился к тому, что называется «freie Einfälle», свободно возникающими образами, совершенно непра-

вильно «свободными ассоциациями» или попросту к тому, что лезет, приходит в голову.

Такое простое требование, которое предъявляет своему пациенту психоаналитик, однако, натыкается нередко на целый ряд помех, в той или иной степени мешающих, препятствующих возникновению образов.

Но прежде всего скажем несколько слов о том, как производится это исследование.

После того, как больной подвергся осмотру и выяснилось, что его страдание носит чисто функциональный, психический характер, после того, как исключена возможность наличности грубо анатомических изменений у больного в связи с его болезнью — пациенту объясняется, что в его психических проявлениях должны наблюдаться такие же закономерные отношения, как это выяснено для физической природы. Так как о причине своего заболевания, поскольку мы думаем о каузальном моменте, а не о поводе к заболеванию — он ничего сказать не может, и так как его кажущееся ему правильным соображение, что он страдает от таких-то причин, не делает его здоровым, то пациенту предлагается, после того как он убедился в психическом происхождении своего заболевания, отдаться тем мыслям, образам, ощущениям, которые приходят ему в голову и безо всякой критики, не производя никакого отбора между тем, что приходит в голову, говорить все.

Заключив такой договор с пациентом, ждешь, что он засыпет тебя целым рядом слов, образов, но очень нередко натыкаешься на то, что больной, к своему огорчению, совершенно не в состоянии, при всем своем желании, что-нибудь дать. Бывают случаи, когда такое состояние длится очень долго, и только благодаря настойчивым требованиям и выдержке врача, в конце концов, получаешь то, что у других больных происходит с необычайной легкостью и яркостью.

Если в голову ничего не приходит, то хорошо предложить больному сказать первую цифру, какая ему придет в голову, и обыкновенно с цифрами, как с более отвлеченным матерьялом, дело идет лучше.

Один пациент, лабораторный работник, страдающий и до сих пор ночным недержанием мочи, у которого маленький ребенок, проделывающий то же самое каждую ночь, дает цифру 2. Из дальнейших мыслей, приходящих ему в голову, он убежда-

ется, что цифра 2 объединяет его с его ребенком в одинаковой невозможности для них сохранить сухой постель. Однако он сомневается, не есть ли это моя, а не его выдумка (хотя я ничего не знал о том, что у него есть ребенок и такого возраста), тогда он предлагает сказать другое число и приводит цифру 5. Из дальнейших ассоциаций выясняется, что это лучшая отметка, какую он получал в гимназии, вспоминается, как обманом он получил ее, затем следующие ассоциации приводят его к мысли, что если перевернуть вверх ногами 5, то по начертанью окажется все та же цифра 2. Но, еще не убежденный в правильности полученных рядов мыслей и их объяснений, он предлагает остановиться на любимой им цифре 7 и тут замечает, что 7 как раз соответствует сумме цифр 5 и 2, а 5 есть не что иное, как перевернутая цифра 2. Кроме того 5 приводит к мыслям о пяти пальцах руки и затем к мысли об онанизме. Таким образом «случайно» пришедшая в голову цифра 2 оказалась тесно связанной со всеми теми особенно важными и волнующими вопросами у больного, с которыми он пришел лечиться. Эти мысли, имеющие особое значение для больного, сопровождающиеся сильным чувственным тоном, далеко небезразличные для него, называются, как это предложил Jung, «комплексами». У больного есть комплекс ночного недержания мочи, мысль о том, что в этой своей особенности он подобен своему ребенку, смутные мысли о детском онанизме и много еще других мыслей-идей, которые называются ueberwertige Ideen — т.-е. идеи, имеющие для субъекта бо́льшую ценность или значение, чем другие.

Таким образом свободные содержания сознания привели больного, согласно пословице «что у кого болит, тот про то и говорит» к вскрытию неприятных, волнующих мыслей. Если такие мысли и без того волнуют и беспокоют больного, то в этом нет ничего удивительного, и совершенно непонятно для чего нужно еще раз вызывать в сознании больного, что и без того хорошо ему известно.

Но дело происходит совсем не так. Больной, действительно, так или иначе может формулировать, что его беспокоит, что его гнетет, однако, рассказывая нам об этом, он отметает, устраняет целый ряд мыслей, образов, переживаний, которые, по его мнению, не имеют никакого отношения к его состоянию, т.-е., другими словами, больной в обычное время относится избирательно к тому, что ему приходит в голову и выбирает

и сообщает только то, что прошло, выдержало критику его сознания и допущено им как более или менее возможная причина его болезни. Однако это знание не делает больного не только способным знать свою болезнь, не только не помогает ему бороться с нею, но, совсем наоборот, повергает его в отчаянье и укрепляет его слабость.

В хорошие, свободные от страхов промежутки времени больной смеется и удивляется, как может он поддаваться таким нелепым и странным опасениям и ужасам, о которых он теперь так легко и так разумно рассуждает, но стоит им появиться и он снова впадает в унизительно жалкое положение. Мысли, здоровые взгляды больного оказываются не способными предохранить его, предупредить его страхи, помочь ему правильно к ним подойти.

Больше того, если бы врач-психоаналитик объяснил больному все зависимости, которые он открывает в душе своего пациента, если бы больной узнал со слов врача о том, почему он, больной, боится, то страх, как оказывается, еще вовсе не исчезает. В начале психоаналитической терапии казалось, что у больного нет сответствующих знаний об его болезни; если ему дать такие знания, то он должен выздороветь.

Однако практика учит нас, что **просвещение** больного, будет ли оно происходить от необоснованных разъяснений врача или от знакомства с специальной литературой, еще не приводит больного к излечению. Для излечения необходимо, чтобы больной *сам* активно участвовал в раскрытии того, что от него скрыто и *сам* убедился в том, что это именно так. Указания и советы врача имеют не суггестивный характер, а прежде всего направляют внимание больного на ту область, на те ассоциации, которые продуцируются у самого пациента. Поскольку те процессы душевной жизни человека, которые привели его к болезни, подверглись вытеснению и заменились иными, постольку в анализе, оперирующим с такими содержаниями психики, которые сознанием больного не приводятся в связь с его болезнью, основной задачей является установка связей — оживление того, что благодаря выпадению, понимается и чувствуется больным как чуждое ему, неподвластное ему, такое, с чем он не в силах справиться.

Больной откровенно, без утайки, честно, без всякой критики (это основное правило психоанализа) сообщает все, что

приходит ему в голову, отдается своим мыслям, воспоминаниям, образам, ощущениям и чувствам, и с помощью врача, от времени до времени обращающего внимание больного на то или иное явление, мало-по-малу *сам* начинает устанавливать связи и понимать то, что с ним происходит.

Участие врача выражается в том, что он, никогда не настаивая, может предположить, исходя из своего опыта, то или иное взаимоотношение, но последним доказательством правильности такого предположения будет не предположение врача, от которого врач легко может отказаться, а то, что вызовет оно у больного, с какою цепью, последовательностью мыслей и образов оно свяжется в работе больного.

Если врач ошибся, если его предположение неверно, то больной, как в этом легко убедиться, не пойдет за врачом, если же указание правильно, у больного прорывается целый ряд воспоминаний и переживаний, которые не связывались у него раньше ни с чем и которые, как нередко бывает, и в настоящее время, когда они у него пробуждаются, не имеют как будто бы никакого отношения к его болезни, «случайны», бессмысленны. Тем, что обратишь внимание больного на ту или иную особенность в его «свободных содержаниях», еще не достигнешь ничего, если только указание неправильно и не соответствует тому значению, какое у данного больного имеет это содержание. Тогда больной идет своим путем, и все искусство психоаналитика заключается в том, чтобы понять смысл того, что говорит больной, и помочь этот «смысл» его свободных содержаний связать ему самому с его болезненными проявлениями и ввести в свое сознание, как разумное. Итак, вполне понятно, что успех лечения зависит не только от знания и опытности психоаналитика, но еще и от особых качеств больного, и потому никогда нельзя наперед сказать, как далеко может зайти успешность лечения. Поэтому правильнее не давать с самого начала никаких определенных обещаний и приступить к пробному лечению для лучшего ознакомления с тем, что можно ждать от больного.

Во время такого пробного периода, около 2 недель удается выяснить, насколько больной способен участвовать в лечении, насколько велики его «перенесение» и «сопротивления», с другой стороны, к концу этого периода вполне раскрывается и для психоаналитика общая линия поведе-

ния больного. Конечно, психоаналитическое лечение развивается совсем не так гладко и беспрепятственно, как этого хотелось; к великому удивлению врача, неискушенного еще в анализах, больной оказывает определенное сопротивление лечению, больной самыми разнообразными, иногда неожиданными проявлениями мешает и затягивает лечение, иной раз охотно и как будто бы с громадным интересом относясь к новой области знаний, превращает самое лечение в один из видов развлечений и участвует в лечении как-то со стороны, или наоборот, всеми силами «показывает» себя, заваливает врача материалом, с которым тот не в силах справиться, или в ходе лечения, вдруг, неожиданно начинают проявляться соматические расстройства, общая усталость, недомогание, сонливость, какие-нибудь боли, например, в голове, в пояснице и т. п.

Врач должен быть готовым к тому, чтобы шаг за шагом, упорно преследуя свою цель, отметать, устранять все эти препятствия, анализируя и их, поскольку они являются не соматическими, а чисто психическими проявлениями. Как много приходится иметь дела психотерапевту с такими случаями, когда безуспешно были мобилизированы в борьбе с функциональным заболеванием целый ряд мер как лекарственного аппарата, так и иногда и мероприятия хирургические. Операции при истерических апендицитах и при истерических невритах, приводящие больных на операционный стол и к удалению червеобразного отростка и к иссечению, например, Гассерова узла, как оказывается, не делают больного более здоровым, так как болезнь после этих операций не только не излечивается, но еще и усиливается и делается нестерпимой. Такие случаи диагностических ошибок, когда отчаявшись во всех других средствах обращаются к решительным мерам—явление слишком частое среди пациентов на психотерапевтических приемах.

Вполне естественно, что и больной и врач, воспитавшийся на громадной переоценке соматических явлений, только уже потом, после операции, приходит к заключению, что и психическая деятельность больного должна подвергаться учету, ее следует принимать во внимание. Особенно в темной области ушных заболеваний врачи забывают, что существуют случаи, когда «плохо слышащим оказывается тот, кто не хочет

«слышать», кто не может слышать не потому, что у него есть какие-либо телесные, анатомические недочеты, а прежде всего психические. Момент психической глухоты, психического ослабления слуха плохо еще учитывается специалистами. Когда-либо в другом месте я поделюсь теми случаями неизлечимой глухоты, которые к общему удовольствию уступили психоаналитическому лечению.

Такое положение врача психотерапевта, когда ему приходится исправлять чужие ошибки, может, в свою очередь, стать при недостаточном знакомстве его с общей медициной источником многих, не всегда, понятно, тяжелых и неисправимых ошибок. Психотерапии можно подвергать больных только в том случае, если исключена возможность каких-либо тяжелых анатомических заболеваний, иногда требующих скорых и решительных мероприятий и вмешательства.

При одностороннем подходе к заболеваниям, как это наблюдается у всех специалистов, можно легко проглядеть то, что выходит за пределы интересов и знаний врача. Поэтому психотерапия, как определенная область медицины, должна, наконец, найти место среди тех основных дисциплин, которые необходимы каждому врачу, к какой бы специальности он себя ни готовил. У всякого живого больного неизменно встречается и психическая деятельность, имеющая, вероятно, не последнее значение в его болезни.

К такому выводу врачи приходят, к сожалению, не в то время, когда они приобретают медицинские познания, а уже потом, из горького опыта своей деятельности, к огорчению и собственному и их больных.

Но вернемся к психоаналитическому лечению. Если гипнотическая терапия обращается, главным образом, к эмоциональной стороне больного, оставляя в стороне другие стороны его, если «рациональная» психотерапия оперирует путем убеждения с интеллектом больного, отрицая значение чувства, если гипнотерапия усыпляет и успокаивает, а «рациональная» психотерапия убеждает и распекает, доказывая, что больной мало смыслит в своей болезни, то психоанализ прежде всего дает себе отчет в том, что он имеет дело с ц е л ы м человеком, у которого есть инстинкты, чувства и интеллект. Инстинкты или влечения ведут его по определенному пути, стремления «я»

по другому, а чувства и интеллект играют значительную роль в этой борьбе.

Лечение может начаться, больной может лечиться только в том случае, если он связан «чувством» с врачом, если он способен на «перенесение». Это «перенесение» — мощный фактор лечения. Он имеется во всех случаях всякого лечения и играет то бо́льшую, то меньшую роль. В психоанализе «перенесение»—сила, которая учитывается и которой сознательно пользуются во благо больному.

«Перенесение», как говорят в гипнотерапии «раппорт» позволяет начать лечение, позволяет больному слушать и «верить» психотерапевту. Этой верой, этой симпатией, авторитативным влиянием врач пользуется для того, чтобы перестроить по новому психотическое состояние больного. Громадное значение момента «перенесения» выяснено только в связи с психоаналитическим лечением, при чем обнаружилось, что лица, неспособные на «перенесение», в то же время недоступны лечению. Это относится к тем «нарцистическим» неврозам, к которым мы причисляли раннее слабоумие и паранойю.

Механизм лечения, таким образом, схематически сводится к тому, что больной, совершив «перенесение», о котором он точно не знает, и которое происходит помимо его сознательных желаний, в то же время, оказывается, обнаруживает иное построение своего невроза, в центре которого теперь стоит врач. Если врач дает себе отчет в том, что произошло в болезни больного, и умеет использовать его способности к «перенесению», то лечение начинается, и больной удивляет теми быстрыми успехами в своем осознании болезни, которые обыкновенно наблюдаются в это время.

Все интересы больного, все разговоры, очень многие сновидения вертятся вокруг личности врача, которая стоит теперь в центре переживаний больного. Больной легко усваивает трудные и вызывающие у других сопротивление новые способы понимания своей болезни и радует этим врача. Однако, это длится недолго. Рано или поздно наступает противоположное отношение, и тогда все разыгрывается в психике больного уже по другому. То, что и в первом и во втором состоянии центр тяжести лежит вовсе не в процессах познания больного, а, наоборот, в его эмотивном состоянии, в этом не может быть никаких сомнений. Эмотивное состояние позволяет больному

или принимать на веру то, что говорит врач, или, наоборот отрицать то, что было принято на веру. Ни в том, ни в другом случае нельзя ждать толку от этого процесса. Он, однако, всегда, как правило, сопровождает начало лечения. Аффективные отношения к врачу нередко переходят всякие границы, но это так же часто встречается в психотерапии, как и при всякой другой врачебной деятельности. Различие в отношении к этому явлению у психотерапевта сводится к тому, что он сознательно пользуется этим «перенесением», не оставаясь к нему пассивным или смотря на него, как на некоторое осложнение, притом досадное, во время лечения. Тот, кто не понимает этого процесса, не в силах использовать его, тот, кто примитивно понимает его, как либидинозную привязанность, как недостаток сексуального удовлетворения, приходит к так называемому «дикому» психоанализу, о котором в этой книжке говорит Freud. Но и «перенесение» со стороны врача не исключается, особенно тогда, если врач не знает об этом моменте в лечении больных. «Перенесение» со стороны врача, неосознанное им, к которому он не в силах подойти, как к творческому моменту в лечении, приведет его в затруднительное положение и не позволит ему использовать его в терапевтических целях.

Лечение при психоанализе имеет много общего с процессами сознательного воспитания, когда больной не только верит и убеждается, опираясь на авторитет врача-воспитателя, но и обращается к самостоятельному мышлению, разрешению вопросов, которых он один, чувствуя свою слабость, не мог решить. Чувство «несостоятельности», как его называет Freud, является тем тягостным чувством, которое уводит больного от действительности и ведет его к так называемой интроверзии. От реальности увели больного неразрешимые для него, обычно, в прежнее время, коллизии, из которых он не надеялся выйти. Теперь положение дел изменилось: больному приходится решать и находить выход из конфликта уже не одному, а с помощью врача, возраст больного уже другой, и то, что казалось его детскому сознанию неодолимым, теперь, в другом возрасте и при других условиях может быть приведено к благополучному исходу.

Для такого благополучного исхода из детского, вновь ожившего конфликта, сопровождающегося теми же детскими чув-

ствами, выйти можно только при помощи и под наблюдением врача, который в это время ведет с больным сознательную, воспитательную работу.

Возвращаясь к случаю, о котором я уже говорил, больного, продолжающего в 30 лет исправно мочить каждую ночь свою постель, —я отмечаю, что в свободных содержаниях больного всплывают различные по ценности с его точки зрения образы, воспоминания, мысли; одни, как ему кажется, не имеют никакого к нему отношения, другие очень малое или сомнительное, и только очень немного таких мыслей, которые он считает достойными того, чтобы сообщить о них врачу. На предложение сказать первую пришедшую в голову цифру, больной, как мы знаем, назвал цифру 2; ему казалось, что 2 цифра безразличная. В дальнейшем анализе ему пришлось убедиться, как неправильно он об этом думал. Такой опыт приводит самого больного к некоторым выводам, и затем облегчает дальнейший анализ. Больной убеждается, что если он в течение лечения захочет скрыть что-либо от аналитика, то работа во время сеанса сведется к тому, что это сопротивление сломается, и больной должен будет сознаться, что он что-то хотел скрыть. Нужно, чтобы больной говорил все, и важное и неважное с его точки зрения, и то, что он хотел бы сказать, и то, о чем он предпочел бы не распространяться. При таком условии лечение идет правильно, только изредка нарушаясь преходящими заминками и помехами. Но что же получается от того, что больной говорит, сообщает все приходящее ему в голову?

Психоаналитик прежде всего должен настроиться так же, как его пациент и безо всякой критики выслушивать все, что говорит больной. Всякое предвзятое, тенденциозное отношение к словам пациента мешает врачу видеть больного, так как «смысл» слов больного заслоняется «смыслом» самого врача. Не раскрывается, а заслоняется. Задача психотерапевта, наоборот, увидеть и узнать не то, что знаешь, а узнать то, что представляет из себя психическая жизнь пациента.

Больной рассказывает все, что ему приходит в голову, врач, слушая слова его, понемногу выясняет тот «смысл», который скрывается за его словами, и делает замечания, высказывает соображения, но всегда в виде предположения, от которого он легко может отказаться. Дальнейшие «ассоциации» и эмотивные

состояния пациента откроют ту объективную правду пациенту и врачу, для которой и производится это исследование.

Сущность психоаналитического лечения, таким образом, сводится к тому, чтобы, пользуясь «перенесением» больного бороться с «сопротивлением» его болезни, переводя из бессознательного в сознание определенные содержания его психической деятельности. Однако под именем бессознательного в психоанализе понимается не особое свойство того или другого психического процесса, т.-е. то его свойство, что он недоступен сознанию, а нечто большее — это принадлежность его к определенной системе, в которой наблюдаются определенные взаимоотношения и процессы.

Поскольку при психоанализе дело идет о системе, постольку в практике психоанализа мы оперируем, подбираясь в нее путем утомительных и настойчивых преодолений.

Осмыслив тот или другой симптом или проявление, больной идет дальше и только в последующем лечении и анализе мало по-малу раскрывает значение таких «свободных ассоциаций», которые сначала ему представлялись неважными. Бессознательное обнаруживает свои содержания в сознании только в искаженном виде, вот почему критическая оценка «я», инстанции, которая повлекла за собой вытеснение, не может быть беспристрастной и сводится к тому, чтобы не дать возможность проявиться вытесненному.

На моменте «свободных содержаний сознания» я позволил себе остановиться так подробно, потому что в подобранных в этом томике статьях Freud'а нет нигде более обстоятельного описания этого чрезвычайно важного процесса, с которым прежде всего знакомится в своей практической деятельности психоаналитик. Томик «Методика и техника психоанализа» может служить прекрасным введением к практическому знакомству с психоаналитической работой и содержит очень много ценных указаний, все значение которых станет ясным по преимуществу только тем, кто начнет заниматься анализом практически.

Для таких лиц эта книжка будет особенно драгоценным пособием, тем более, что она составлена из статей самого Freud'а и показывает не только на те достижения, к которым он пришел, но и на те пути, по которым он шел.

Ив. Ермаков.

О психотерапии *).

М. г.! Около восьми лет прошло с тех пор, как я по приглашению покойного вашего председателя, профессора V. Reder'а, прочел доклад в вашем кругу на тему об истерии. Не задолго до того, в 1895 г., я вместе с Dr. Josef Breuer'ом опубликовал «Studien über Hysterie» и сделал попытку на основании новых знаний, которыми мы обязаны этому исследователю, ввести новый способ лечения неврозов. К счастью могу сказать, наши старания, описанные в «Studien», имели успех; высказанные в них идеи о влиянии психических травм, благодаря задержке аффекта, и взгляд на истерический симптом, как на следствие возбуждения, перешедшего с психического на физическое,— идеи, которые мы обозначили терминами «отреагировать» и «конверсия»—в настоящее время общеизвестны и всем понятны. По крайней мере, в немецких странах нет ни одного описания истерии, которое бы до известной степени не считалось с ним и ни одного специалиста, который бы по крайней мере, в известной части, не соглашался с этим учением. И все же эти положения и эти термины, когда они были еще новы, звучали, вероятно, очень странно!

Не могу сказать того же самого о терапевтическом методе, предложенном специалистам одновременно с нашим учением. Этот метод до сих пор еще борется за признание. Этому имеются особые основания. Техника метода тогда еще не была разработана; я не был в состоянии дать врачу—читателю нашей книги указания, которые дали бы ему возможность провести до конца подобное лечение. Но, кроме того, имеются,

*) Доклад, читанный в Венской медицинской врачебной коллегии 12 декабря 1904 г.

несомненно, причины общего свойства. Многим врачам психотерапия еще и теперь кажется продуктом современного мистицизма и в сравнении с нашими физико-химическими лечебными средствами, применение которых основано на физиологических точках зрения, —прямо ненаучной, недостойной интереса естествоиспытателя. Позвольте же мне защитить перед вами дело психотерапии и указать, что в этом осуждении можно считать неправильным и ошибочным.

Во-первых, позвольте мне напомнить вам, что психотерапия — не новый метод лечения. Напротив,—это самая старая терапия, находившая применение в медицине. В очень поучительной книге Loewenfeld'a (учебник всеобщей психотерапии) вы можете прочесть о методах, применявшихся в примитивной и античной медицине. Большую часть этих методов вы должны будете отнести к психотерапии; с целью исцеления больного приводят в состояние «верующего ожидания,» дающего и теперь еще нам те же результаты. И с тех пор, как врачи нашли другие лечебные средства, психотерапевтические стремления того или другого рода никогда не прекращались в медицине.

Во-вторых, обращаю ваше внимание на то, что мы, врачи, уже потому не может отказаться от психотерапии, что другая сторона, которую очень даже необходимо принимать во внимание при процессе исцеления,—а именно, больные — не имеет никакого намерения от нее отказаться. Вам известны объяснения, которыми мы по этому поводу обязаны школе Nancy (Liébault, Bernheim). Фактор, зависящий от психического предрасположения больных, независимо от нашей воли, присоединяется к влиянию любого, предпринятого врачом, метода лечения, большей частью в благоприятном смысле, часто также в препятствующем. Мы привыкли употреблять для этого факта слово «внушение» и Moebius показал нам, что отсутствие полной уверенности, на которую мы жалуемся в отношении некоторых наших лечебных методов, объясняется именно препятствующим влиянием этого очень могущественного момента. Мы, врачи, все вы, всегда таким образом применяем психотерапию, даже там, где вы этого сами не сознаете и не желаете; плохо только то, что вы предоставляете всецело больному распоряжение психическим фактором вашего влияния на него. Таким образом это влияние не поддается ни контролю, ни дозировке, не может быть усилено. Разве не справедливо со стороны врача

стремиться овладеть этим фактором, пользоваться им в определенных целях, управлять им и укрепить его? Ничего другого вам и не предлагает научная психотерапия.

В-третьих, многоуважаемые коллеги, я хочу вам указать на давно известный факт, что определенного рода страдания и особенно психоневрозы гораздо более доступны психическому воздействию, чем всякому другому медицинскому назначению. Поговорка старых врачей, а не модная фраза, гласит, что эти болезни излечивает не медикамент, а врач, т.-е. личность врача, поскольку она оказывает психическое влияние. Я прекрасно знаю, многоуважаемые коллеги, что у вас пользуется успехом взгляд, которому эстетик Visher в его пародии на Фауста («Фауст», III часть трагедии) дал классическое выражение:

«Я знаю, часто физикальное
Влияет на моральное».

Но не будет ли более адэкватным и часто более соответствующим воздействие на моральное человека моральными же, т.-е. психическими средствами?

Есть много способов и путей психотерапии. Хороши все, которые ведут к цели излечения. Наше обычное утешение: все обойдется и будет хорошо,—которое мы так щедро даем больным, соответствует одной из психотерапевтических метод; но при более глубоком понимании сущности невроза нам нет необходимости ограничиваться утешением. Мы выработали технику гипнотического внушения, психотерапии при помощи внушения, упражнения, вызывания целесообразных аффектов. Я не отказываюсь ни от одного из них и при благоприятных условиях пользовался бы ими всеми. Руководясь только субъективными мотивами, я ограничился в действительности названным «катартическим» методом Breuer'a, который я охотнее называю «аналитическим». Вследствие моего участия в выработке этой терапии я чувствую себя лично обязанным посвятить себя ее изучению и разработке ее техники. Я могу утверждать, что аналитический метод психотерапии оказывает самое глубокое действие, идет дальше всех других методов и при его помощи достигаются самые коренные изменения больного. Оставляя на минуту терапевтическую точку зрения, я могу указать в его пользу на то, что он самый интересный метод и единственный открывающий кое-что в образовании болезни

и в общей связи ее явлений. Вследствие открывающегося перед нами понимания механизма душевного заболевания, он один в состоянии повести нас за свои пределы и указать нам путь к другим видам терапевтического воздействия.

Позвольте мне теперь исправить некоторые ошибки и дать некоторые объяснения по поводу этого катартического или аналитического метода лечения.

а) Я заметил, что этот метод часто смешивают с лечением гипнотическим внушением, заметил это потому, что сравнительно часто коллеги, у которых я обычно не пользуюсь особым доверием, посылают ко мне больных, разумеется случайных больных, с просьбой их гипнотизировать. Но уже около восьми лет я не прибегаю к гипнозу в целях терапии (исключая отдельных опытов) и обыкновенно возвращаю обратно присланных, дав совет тем, кто рассчитывает на гипноз, чтобы они сами его применяли. В действительности между суггестивной техникой и аналитической существует самая большая противоположность, та противоположность, которую великий Leonardo da Vinci в отношении искусств выразил в формулах per via di porre и per via di levare. Живопись, говорит Leonardo, работает per via di porre; она накладывает мазки красок там, где их прежде не было, на бесцветное полотно; скульптура, напротив, действует per via di levare, она столько отнимает от камня, насколько он скрывает находящуюся в нем статую. Точно так же м. г. суггестивная техника старается действовать per via di porre, не задумываясь над происхождением, силой и значением симптомов болезни, а накладывает еще что-то, именно, внушение, ожидая, что оно окажется достаточно сильным, чтобы помешать проявлению патогенной идеи. Аналитическая терапия, напротив, не старается ничего накладывать, не вводить ничего нового, а отнимает, устраняет, а для этой цели она задумывается над происхождением болезненных симптомов и психической связью патогенной идеи, устранение которой составляет ее цель. На пути исследования она значительно подвинула вперед наше понимание. Я так давно оставил технику внушения, а вместе с ней и гипноз, потому что отчаялся в возможности сделать внушение настолько сильным и стойким, как это необходимо для окончательного лечения. Я видел, что во всех тяжелых случаях внушенное постепенно исчезает, и тогда вновь является прежняя болезнь или взамен

ее другая. Кроме того, я ставлю этой технике упрек, что она закрывает от нас понимание игры психических сил, например, не показывает нам сопротивления, при помощи которого больные сохраняют свою болезнь, т.-е. противятся выздоровлению, и которое одно только дает возможность понять поведение их в жизни.

b) Мне кажется, что среди коллег широко распространено заблуждение, что техника исследования поводов заболеваний и устранение болезненных явлений при помощи этого исследования легка и сама собой понятна. Я заключаю это из того, что никто еще, из большого числа интересующихся моей терапией и высказывающих о ней определенные суждения, не спрашивал меня, как я это собственно делаю. Этому ведь может быть только одна причина, а именно, что они думают будто тут нечего спрашивать, и все тут само собой понятно. Иногда я также с удивлением узнаю, что в том или другом отделении госпиталя молодому врачу его шеф поручил предпринять «психоанализ» у истеричной больной. Я убежден, что ему не поручили бы исследования экстирпированной опухоли, не убедившись перед этим, что он владеет гистологической техникой. Также доходят до меня сведения, что тот или другой коллега назначает пациенту часы приема, чтобы предпринять с ним психическое лечение, в то время, как я уверен, что он не знает техники такого лечения. Ему приходится следовательно ждать, что больной охотно сам расскажет ему свои тайны, он ждет помощи от своего рода исповеди или доверия. Меня бы не удивило, если бы такое лечение скорее повредило больному, чем помогло ему. На инструменте души вовсе не так легко играть. По этому поводу мне припоминается всемирно известный невротик, который, правда, никогда не лечился у врача, который жил только в фантазии поэта. Я говорю о датском принце Гамлете. Король подослал к нему обоих придворных Rosenkranz'а и Güldenstern'а, чтобы выпытать у него, узнать у него тайну его удрученного состояния. Он их прогоняет; тут на сцену приносят флейты.

Явление XIII.

Гамлет. Ах, вот и флейтщики! Подай мне твою флейту (отводит Гильденштерна в сторону). Мне кажется, будто вы слишком гоняетесь за мною?

Гильденштерн. Поверьте, принц, что всему причиною любовь моя к вам и усердие к королю.

Гамлет. Я что-то не совсем это понимаю. Сыграй мне что-нибудь!

Гильденштерн. Не могу, принц.

Гамлет. Сделай одолжение!

Гильденштерн. Право не могу, принц!

Гамлет. (С возрастающим гневом). Ради Бога, сыграй!

Гильденштерн. Да я совсем не умею играть на флейте.

Гамлет. А это так же легко, как лгать. Возьми флейту так, губы положи сюда, пальцы туда — и заиграет!

Гильденштерн. Я вовсе не учился.

Гамлет. Теперь суди сам: за кого же ты меня принимаешь? *Ты хочешь играть на душе моей; а вот не умеешь сыграть даже чего-нибудь на этой дудке. Разве я хуже, проще, нежели эта флейта? Считай меня чем тебе угодно: ты можешь мучить меня, но не играть мною.* (*идет к эстраде*)

перевод. Н. А. Полевого.

с) Из моих замечаний вы поймете, что аналитическое лечение отличается некоторыми особенностями, благодаря которым ему далеко до идеала терапии. Tuto, cito, iucunde: исследование и поиски не указывают на быстроту успеха, и упоминание о сопротивлении заставляет ожидать неприятностей. Несомненно, психоаналитическое лечение предъявляет большие требования и к больному и к врачу; от первого оно требует жертвы в виде полной откровенности, поглощает много времени, а потому и стоит дорого; у врача оно также отнимает много времени и очень трудно благодаря технике, которую ему приходится изучить и применять. Я считаю даже вполне правильным применять более удобные методы лечения, пока можно еще надеяться достичь чего-нибудь при их помощи. Но в том-то и все дело; если с помощью более трудного и длительного метода можно достичь гораздо большего, чем с помощью более короткого и легкого, то первый все же имеет свое оправдание. Подумайте, м. г. г. насколько Finsen'овская терапия Lupus'а менее удобна и дороже применявшегося прежде прижигания и выскабливания, и все же она является большим шагом вперед только потому, что дает больше; а именно, — она

радикально излечивает волчанку. Я не собираюсь однако проводить сравнения; но психоаналитический метод может ведь предъявлять такие же права. В действительности я имел возможность выработать и испытать мой аналитический метод только в тяжелых и тяжелейших случаях; мой материал составляли сначала только такие больные, которые все уже испробовали без успеха и многие годы провели в лечебницах. У меня накопилось слишком мало опыта, чтобы я в состоянии был сказать вам, какою оказывается моя терапия в тех легких, наступающих эпизодически, заболеваниях, которые по нашим наблюдениям проходят благодаря различным влияниям, а также сами по себе. Психоаналитическая терапия создавалась в применении к больным, непригодным в течение продолжительного времени к жизни, и именно для них, и триумф ее состоит в том, что вполне удовлетворительное число таких больных благодаря ей стали навсегда годными к жизни. В сравнении с этим успехом все траты кажутся незначительными. Мы не можем скрывать от себя то, что мы обыкновенно отрицаем перед больными, что тяжелый невроз для подверженного ему индивида имеет не меньшее значение, чем какая-нибудь кахексия и не уступает никакому страшному общему заболеванию.

d) Невозможно дать окончательных показаний и противопоказаний для этого лечения, вследствие многих практических ограничений, имевших место в моей деятельности. Однако я все же попытаюсь рассмотреть с вами несколько пунктов:

1. Следует обращать внимание на то, насколько личность больного ценна сама по себе, независимо от болезни, и отказываться от лечения таких больных, которые не обладают известным образованием и относительно внушающим доверие характером. Нельзя забывать, что встречаются и здоровые люди, но ничего не стоющие, и что слишком легко приписывают влиянию болезни все, что таких малоценных людей делает нежизнеспособными, особенно, если они проявляют хоть некоторый налет невроза. Я стою на точке зрения, что невроз не накладывает на больного печати дегенерации, но что довольно часто он встречается у одного и того же лица вместе с явлениями дегенерации. Аналитическая психотерапия не является методом лечения невропатической дегенерации; наоборот, такая дегенерация ставит границы ее влиянию. Она неприменима также у лиц, у которых нет желания излечиться, а соглашаются на лечение только вслед-

ствие требования родных. Свойство, от которого больше всего зависит пригодность к психоаналитическому лечению — способность поддаваться воспитанию, — мы осветим еще с другой точки зрения. . .

2. Кто хочет действовать наверняка, должен ограничить выбор больных такими лицами, у которых бывает и нормальное состояние, так как при психоаналитическом методе овладевают болезненным, исходя из такого нормального состояния. Психозы, состояния спутанности и глубокой (я хотел бы сказать: токсической) удрученности, не подходят для психоанализа, по крайней мере в такой форме, в какой он теперь проделывается. Считаю, что при сотвэтствующем изменении метода не исключается возможность и того, что удастся обойти это противопоказание и приступить к психотерапии психозов.

3. Возраст постолько играет роль в вопросе о выборе подходящих для психоаналитическаго лечения больных, поскольку лица в возрасте за 50 лет утеряли с одной стороны пластичность душевных процессов, на которую рассчитывает терапия — старые люди больше не поддаются воспитанию — и поскольку с другой стороны обилие материала, который необходимо обработать, затягивает до бесконечности длительность лечения. Граница минимальнаго возраста определяется индивидуальными особенностями; молодые юноши до половой зрелости прекрасно поддаются воздействию.

4. Никто не станет применять психоанализа, если дело идет о быстром устранении грозных явлений, напр. при истерической анорексии.

У вас теперь создается впечатление, что область применения аналитической психотерапии очень ограничена, так как в сущности вы слышали от меня только противопоказания. Тем не менее остается еще достаточно случаев и форм болезни, на которых можно испробовать эту терапию: все хронические формы истерии с остаточными явлениями, огромная область навязчивых состояний и абулий и т. п.

Весьма приятно, что именно самым ценным и в других отношениях очень высоко развитым лицам, таким образом, можно скорее всего помочь. Там, где при помощи аналитической терапии ничего нельзя было сделать, можно смело утверждать — никакое другое лечение, наверное, ни к чему бы не привело.

e) Вы наверное захотите спросить, как обстоит дело с возможностью причинить вред при применении психоанализа. На это я могу вам ответить, и если вы только хотите быть справедливы и отнестись к этому методу с такой же критической благосклонностью, какую вы проявляете к другим терапевтическим методам, то должны будете согласиться с моим мнением что при умелом проведении аналитического лечения не приходится опасаться вреда для больного. Иначе, может быть, станет судить не специалист, привыкший возлагать на лечение вину за все, что происходит при каком-нибудь случае болезни. Еще недавно, к нашим гидропатическим учреждениям относились с таким же предубеждением. Так, некоторые лица, которым советовали поместится в таком учреждении, начинали колебаться, так как знакомый их приехал в санаторий как нервно-больной и там сошел с ума. Как вам нетрудно угадать, дело шло о случаях начинающегося общего паралича, у больных, которые в начальной стадии еще могли быть помещены в гидропатическом учреждении и которые там уже развились дальше по неизбежному течению их до явного душевного заболевания; для публики же вода и оказалась виновной и первопричиной этого печального изменения больного. Там, где речь идет о новых методах лечения, и врачи не всегда свободны от подобных ошибок в своем суждении. Я вспоминаю, что однажды попробовал применить психотерапию к женщине, у которой значительная часть жизни протекла в смене мании и меланхолии. Я начал ее лечить к концу приступа меланхолии; две недели как будто шло хорошо; на третью неделю наступило начало новой мании. Это наверно было самопроизвольное изменение картины болезни, потому что две недели ведь не достаточный срок для того, чтобы аналитическая психотерапия могла оказать влияние, однако выдающийся — теперь уже покойный — врач, видевший вместе со мной больную, не мог удержаться от замечания, что в этом «ухудшении», вероятно, виновна психотерапия. Я уверен, что при других условиях он оказался бы более осторожным.

f) В заключение многоуважаемые коллеги, я должен сознаться, что нельзя ведь так долго занимать ваше внимание аналитической психотерапией, не говоря вам, в чем состоит это лечение и на чем оно основано. Так как я должен быть краток, то могу это наметить только в общих чертах. Эта те-

рапия основана на взгляде, что бессознательные представления — лучше, бессознательность некоторых душевных процессов является ближайшей причиной болезненных симптомов. Это убеждение мы разделяем с французской школой (Janet), которая в своей жестокой схематизации сводит истерический симптом к бессознательной Idée fixe. Не бойтесь, что благодаря этому мы глубоко увязли в самых темных [областях философии. Наше бессознательное не совсем то же, что бессознательное философов, а кроме того большинство философов знать ничего не хотят о «бессознательном психическом». Но станьте на нашу точку зрения, и вы поймете, что перевод этого бессознательного в душевной жизни больных в сознательное должно иметь следствием исправление их отступления от нормального и уничтожения гнета, под которым находится их душевная жизнь. Потому что сознательная воля простирается только на сознательные психические процессы, и всякая психическая навязчивость обусловлена бессознательным. Вам также нечего бояться, что больному может повредить потрясение, которое повлечет за собой проникновение бессознательного в сознание, потому что вы теоретически можете понять что соматическое и аффективное влияние душевного движения, ставшего сознательным, никогда не может быть так велико, как бессознательного. Мы владеем всеми нашими душевными движениями только благодаря тому, что обращаем на них наши высшие, связанные с сознанием, душевные акты.

Но вы можете избрать еще другую точку зрения для понимания психоаналитического лечения. Вскрытие и выяснение бессознательного происходит при постоянном с о п р о т и в л е н и и больного. Выявление этого бессознательного связано с неприятным чувством, и вследствие этого неприятного чувства оно всегда снова отвергается. В этот конфликт в душевной жизни больного вы и вмешиваетесь: если вам удастся довести больного до того, что он, руководясь более правильными взглядами, примиряется с тем, что, вследствие автоматического регулирования чувством неудовольствия, он до того отгонял от себя (вытеснял), то вы совершили известную воспитательную работу над ним. Ведь если вы заставляете человека, который утром не охотно встает с постели, все же это сделать, то это уже является известным воспитанием. Вы можете, говоря вообще, в психоаналитическом лечении видеть такого рода п е р е в о с п и-

тание для преодоления внутренних сопротивлений. Но ни в каком отношении нет такой необходимости в подобном перевоспитании нервно-больных, как в отношении душевного элемента их сексуальной жизни. Ни в какой области культура и воспитание не причинили столько вреда, как именно здесь, и опыт показывает, что именно здесь можно найти этиологию излечимых неврозов: другой этиологический элемент,—участие конституционального момента—дан нам, как нечто неизменное. Но здесь выдвигается важное требование, которое должно быть поставлено врачу. Он не только сам должен иметь цельный характер—«моральное само собой разумеется» как повторяет главный герой в «Auch Einer» Th. Vicher'а —;он в самом себе должен преодолеть смесь чувственности и ложного стыда, с которым многие привыкли относиться к сексуальным проблемам.

Здесь может быть как раз уместно другое замечание. Мне известно, что мое подчеркивание роли сексуальности в этиологии психоневрозов стало известно в широких кругах общества. Но я знаю также, что ограничения и более точные определения мало помогают у широкой публики; толпа сохраняет в своей памяти только немногое и из научного положения удерживает только первоначальное ядро, создает себе из него легко запоминаемую крайность. И с некоторыми врачами, пожалуй, случалось, что им казалось будто сущность моего учения состоит в сведении неврозов, в конечном результате, к последствиям сексуального воздержания, В последнем нет недостатка в условиях жизни нашего общества. Исходя из таких предположений, не покажется ли самым простым избежать утомительного обходного пути через психическое лечение и добиваться излечения непосредственно, рекомендуя, как лечебное средство, сексуальное удовлетворение? Не знаю, что могло бы заставить меня отвергнуть этот вывод, если бы он только был правилен. Но дело обстоит не так. Сексуальная потребность и лишение являются только одним фактором, играющим роль в механизме невроза; если бы был только он один, то следствием были бы не болезнь, а половые излишества. Второй, столь же необходимый фактор, о котором слишком охотно забывают, представляет собой сексуальное отвращение невротиков, их неспособность любить, та психическая черта, которую я назвал «вытеснением». Невротическое заболевание

происходит только из конфликта между обоими стремлениями, а потому совет изживать сексуальную потребность редко может быть назван хорошим советом.

Позвольте мне закончить на этом отрицательном замечании. Будем надеяться, что ваш, очищенный от всякой враждебной предвзятости, интерес к психотерапии поддержит нас в нашем старании добиться хороших результатов в лечении и тяжелых случаев психоневрозов.

Психоаналитический метод Freud'a [1]).

«Своеобразный метод психотерапии, *применяемый* Freud'ом и названный им психоанализом, произошел из так называемого к а т а р т и ч е с к о г о м е т о д а, который он в свое время опубликовал совместно с J. Breuer'ом в «Studien über Hysterie» в 1895 г. *Катартическая терапия была изобретена* Breuer'ом, *который, пользуясь ею*, впервые за десятилетие до того вылечил истеричную больную и при этом установил определенный взгляд на патогенез ее симптомов. Под личным влиянием Breuer'a Freud стал снова применять этот метод и испробовал его на большом числе больных.

Катартический метод исходил из предположения, что пациент поддается гипнозу и основывался на расширении сознания, наступающем в гипнозе. Он ставил себе целью устранение симптомов болезни и достигал этого тем, что заставлял пациента перенестись в то психическое состояние, в котором в первый раз появлялся симптом. У гипнотизируемого больного возникали тогда воспоминания, мысли и импульсы, выпадавшие до того из его сознания, и, когда он при проявлениях интенсивного аффекта сообщал врачу эти свои душевные переживания, то симптом оказывался преодоленным и возвращение его невозможным. Этому, постоянно повторяющемуся, факту оба автора дали в совместной работе объяснение, видя в симптоме замену подавленных и недостигших сознания психических процессов, т. е. превращения («конверсию») их. Терапевтическое влияние их метода они объясняли изживанием как

---

[1]) Löwenfeld, Психические явления навязчивости. 1904.

бы «ущемленного» до того аффекта, связанного с подавленными душевными актами («отреагирование»). Простая схема терапевтического вмешательства усложнялась почти всякий раз, так как оказывалось, что в образовании симптома принимало участие не одно только «травматическое» впечатление, а по большей части трудно поддающийся обзору целый ряд таковых.

Главный признак катартического метода, благодаря которому он противоположен всем другим методам терапии, состоит, следовательно, в том, что при нем терапевтическое влияние зависит не от суггестивного запрета врача. Он, наоборот, полагает, что симптомы исчезнут сами, если вмешательству, ссылающемуся на известные предположения, о психическом механизме, удастся дать другое направление течению душевных процессов, до того приводивших к образованию симптома.

Изменения, внесенные Freud'ом в катартический метод Breuer'а ограничивались сначала изменением техники, но это привело к новым результатам и в дальнейшем повлекло к иному, хотя и не противоречащему прежнему, пониманию терапевтической работы. Если катартический метод уже отказался от внушения, то Freud предпринял дальнейший шаг, отказавшись и от гипноза. В настоящее время он лечит своих больных, заставляя их без всякого другого воздействия улечься удобно на спине на софе, а сам усаживается на стуле позади них так, чтобы они его не видели. Он также не требует от них, чтобы они закрывали глаза и избегает прикосновения и всякой другой процедуры, напоминающей гипноз. Такой сеанс протекает, следовательно, в виде беседы между двумя одинаково бодрствующими лицами, из которых одно избегает какого-либо мускульного напряжения и всякого отвлекающего впечатления, способных помешать концентрации внимания на его собственной душевной деятельности, Так как способность поддаваться гипнозу, независимо от умения врача, зависит, как известно от доброй воли пациента, и большое число невротических лиц не удается загипнотизировать никаким способом, то отказ от гипноза обеспечивал возможность применять этот метод на неограниченном числе больных; но с другой стороны отпадало расширение сознания, дававшее врачу именно тот психический материал воспоминаний и представлений, при помощи которых совершалось освобождение симптомов и прекращение аффектов. Если бы нельзя

было найти замену этому пробелу, вытекающему из отсутствия расширения сознания в гипнозе, то не могло бы быть и речи о терапевтическом воздействии.

Такую совершенно достаточную замену Freud нашел в приходящих в голову больного мыслях, т.-е. в непроизвольных, воспринимаемых, большею частью, как мешающие, а потому при обычных условиях устраняемых мыслей, врывающихся в связную речь. Чтобы овладеть этими мыслями, он требовал от больных, чтобы они давали себе полную свободу в том, что говорят, «как это делают, например, в разговоре, переходя без всякой последовательности с одной темы к другой». Раньше, чем потребовать от них подробного изложения истории болезни, он настаивает, чтобы они ему рассказывали все, что им при этом приходит в голову, даже если они думают, что это неважно, или не относится к делу, или бессмысленно. Но с особенной настойчивостью от них требуется, чтобы они не устраняли из своего рассказа ни одной мысли или чего-нибудь, возникшего у них в голове, только потому, что им стыдно или неприятно сказать. Стараясь собрать этот материал мыслей, которыми обыкновенно пренебрегают, Freud сделал наблюдение, ставшее решающим для всего его понимания. Уже во время рассказа истории болезни у больных оказываются изъяны воспоминаний оттого ли, что забыты фактические события, или оттого, что перепутаны временные отношения или разорваны причинные связи, благодаря чему получаются непонятные эффекты. Без какой-нибудь амнезии не бывает невротической истории болезни. Если заставить рассказывающего выполнить изъяны его памяти напряженной работой внимания, то можно заметить, что возникающие по этому поводу мысли вытесняются им всеми средствами критики до того, что ему, в конце концов, становится не по себе, когда действительно появилось воспоминание. Из этого факта Freud заключает, что амнезия является результатом процесса, названного им вытеснением, причиной которого он считает неприятное чувство. Психические силы, вызвавшие это вытеснение, дают себя чувствовать, как он думает, в сопротивлении, проявляющемся против лечения.

Момент сопротивления стал одним из фундаментов его теории. Отбрасываемые обычно под всевозможными предлогами (перечисленными в вышеприведенной формуле), пришедшие в

голову мысли он считает отпрысками вытесненных психических образований (мыслей и душевных движений), искажениями их вследствие имеющегося сопротивления их воспроизведению.

Чем больше сопротивление, тем глубже это искажение. В этом взаимоотношении между случайными мыслями, приходящими в голову, и вытесненным психическим материалом и заключается их ценность для терапевтической техники. Если обладаешь методом, дающим возможность проникнуть от этих случайных мыслей к вытесненному, от искажений к искаженному, то удается и без гипноза сделать доступным сознанию бывшее прежде бессознательным в душевной жизни.

Freud выработал затем искусство толкования, при помощи которого совершается эта работа, которое как бы извлекает из руды случайных мыслей чистый металл вытесненных мыслей. Объектом этой работы толкования являются не только случайные мысли больного, но и его сновидения, открывающие самый простой подход к ознакомлению с бессознательным, его непреднамеренные действия, совершаемые без всякого плана (симптоматические действия) и ошибочные действия в повседневной жизни (обмолвки, оплошности и т. п). Детали этой техники толкования и перетолкования еще не опубликованы Freud'ом. По его намекам, это целый ряд эмпирически установленных правил, при помощи которых можно сконструировать из случайных мыслей бессознательный материал, указания, как нужно понимать, если останавливается ход случайных мыслей пациента и факты, касающиеся самых важных типичных сопротивлений, возникающих в течение такого лечения. Обширную книгу о «Толковании сновидений», опубликованную Freud'ом, можно считать предшественницей такого введения в технику.

Из этих намеков по поводу техники психоаналитического метода, можно было бы заключить, что изобретатель ее взялся за совершенно лишний труд и поступил неправильно, оставив менее сложный гипнотический метод. Но с одной стороны, раз изучив технику психоаналитического метода, им гораздо легче пользоваться, чем это кажется при описании, а с другой стороны никакой другой путь не ведет к цели, и потому трудный путь все же остается самым коротким. Гипноз можно упрекнуть в том, что он прикрывает сопротивление и не дает поэтому врачу возможности видеть игру психических сил. Но он

не устраняет сопротивления, а только обходит его и доставляет, напротив, неполные сведения о болезни и только временные успехи.

Задачу, которую психоаналитическй метод старается разрешить, можно выразить в различных формулах, эквивалентных по своему существу. Можно сказать: задачей лечения является устранение амнезий. Когда выполнены все изъяны воспоминаний, выяснены все загадочные эффекты психической жизни, становится невозможным ни продолжение, ни новообразование болезни. Те же условия можно выразить иначе: необходимо устранить все вытеснения; в таком случае получается то же психическое состояние, в котором выполнены все амнезии. Более глубока другая формулировка: дело идет о том, чтобы сделать бессознательное доступным сознанию, что достигается преодолением сопротивлений. Нельзя, однако, при этом забывать, что такого идеального состояния не бывает и у нормального человека, и что редко удается довести так далеко лечение. Подобно тому, как здоровье и болезнь не отличаются по существу, а разграничиваются только практически определяемыми общими положениями, так и нельзя никогда ставить себе целью лечения чего-нибудь другого, кроме практического выздоровления больного, восстановления его работоспособности и способности наслаждаться. При незаконченом лечении или при неполном успехе его прежде всего достигается значительное повышение общего психического состояния, в то время, как симптомы могут сохраниться, но значение их для больного понижается и они не накладывают на него печати болезни. Терапевтический метод, не считая незначительных изменений, остается тем же для всех симптомов в многообразной картине истерии, как и при всех образованиях невроза навязчивости. Но не может быть и речи о неограниченной применимости метода. Природа психоаналитического метода создает показания и противопоказания, как в зависимости от лечащегося, так и от картины болезни. Самыми благоприятными для психоанализа являются хронические случаи психоневрозов с не бурными или безопасными симптомами, т.-е. прежде всего, всевозможные виды невроза навязчивости, навязчивые поступки, навязчивые действия и случаи истерии, в которых главную роль играют фобии и абулии, далее также все соматические проявления истерии, поскольку главной задачей врача не становится быстрое

устранение симптомов, как, например, при анорексии. В острых случаях истерии приходится ждать спокойного состояния; во всех случаях, в которых на первом плане стоит нервное истощение, нужно избегать метода, требующего напряжения, сопровождающегося медленными успехами и не принимающего во внимание то, что симптомы сохраняются еще некоторое время.

Много требований приходится предъявлять лицам, которых можно с успехом подвергнуть психоанализу. Во-первых, у них должны быть возможны нормальные психические состояния; в периоды спутанности и меланхолической депрессии нельзя ничего сделать и при истерии. Далее приходится требовать известную степень природной интеллигентности и этического развития. К ничтожным людям у врача скоро пропадает интерес, без которого он не может углубиться в душевную жизнь больного. Резко выраженные извращенности характера черты настоящей дегенеративной конституции становятся при лечении источником почти непреодолимых сопротивлений. В этом отношении конституция ставит вообще границы излечимости при помощи психотерапии. Возраст, приближающийся к пятому десятку, также создает неблагоприятные условия для психоанализа. Нет возможности в таких случаях одолеть массу психического материала, излечение требует слишком много времени и, наконец, парализуется способность уничтожать укоренившиеся психические процессы.

Несмотря на все эти ограничения, число лиц, пригодных для психоанализа, невероятно велико, и увеличение наших терапевтических возможностей благодаря этому методу, по словам Freud'а, очень значительно. Freud требует длительных сроков, $1/2$ года до 3 лет, чтобы лечение было действительным; но он указывает, что до сих пор вследствие различных, легко понятных, обстоятельств по большой части был в состоянии испробовать свой метод на очень тяжелых случаях, на лицах болеющих уже много лет, и совершенно потерявших способность к какой-либо деятельности, разочаровавшихся во всех видах лечения и искавших как бы последнего прибежища в его новом и сильно оспариваемом методе. В случаях более легкого заболевания продолжительность лечения, вероятно, сильно сократится и удастся достигнуть необыкновенных результатов в смысле профилактики на будущее время.

Что ждет в будущем психоаналитическую терапию? *).

М. г! Так как мы сегодня собрались преимущественно для практических целей, то я выбрал предметом моего вступительного доклада практическую тему и обращаюсь не к вашему научному, а к практическому интересу. Представляю себе, что вы думаете об успехах нашей терапии и полагаю, что большинство из вас проделало уже обе фазы, через которые проходят новички,—восторга по поводу неожиданного усиления наших терапевтических возможностей и депрессий, из-за тех огромных трудностей, которые стоят на пути наших стараний. Но на каком бы месте пути этого развития ни находился каждый из вас, я намереваюсь показать вам сегодня, что наши средства в борьбе с неврозами еще не исчерпаны до конца, и что в близком будущем мы можем ожидать еще значительного улучшения наших терапевтических шансов.

По-моему, это усиление наступит с трех сторон:

1) благодаря внутреннему прогрессу,

2) благодаря росту авторитета.

3) благодаря общему влиянию нашей работы.

Ad. I. Под «внутренним прогрессом» я понимаю прогресс а) нашего аналитического знания, в) нашей техники.

а) По поводу прогресса нашего знания, разумеется, мы еще далеко не знаем всего, что необходимо для понимания бессознательного наших больных. Но вполне очевидно, что всякий прогресс нашего знания означает рост силы нашей терапии. Пока мы ничего не понимали, мы ничего и не могли

*) (Доклад, читанный на 2-м конгрессе психоаналитиков в Нюрнберге в 1910 г.)

сделать; чем больше мы научимся понимать, тем больше и сможем сделать. В начале психоаналитическое лечение было неумолимо и изнурительно. Пациент должен был сказать все сам, а работа врача состояла в том, чтобы его беспрерывно заставлять. Теперь все протекает в более любезной форме. Лечение состоит из двух частей: из того, что врач угадывает и сообщает больному, и из переработки того, что он сам слышал от больного. Механизм оказываемой нами помощи нетрудно понять: мы сообщаем больному ожидаемое сознательное представление, а он находит у себя сходное с ним вытесненное бессознательное. Такова интеллектуальная помощь, облегчающая ему возможность преодолевать сопротивления между сознательным и бессознательным. Между прочим, замечу, что это не единственный механизм, применяемый при аналитическом лечении; вам известен другой, гораздо более могущественный, заключающийся в использовании «перенесения». Я постараюсь в будущем изложить в «Общей методике психоанализа» все эти важные для понимания лечения обстоятельства. Мне не зачем также отрицать возникающие у вас возражения, что при теперешней практике лечения затемняется доказательность правильности наших предположений; вы не забывайте, что эти доказательства можно найти в другом месте, и что терапевтическое вмешательство не может быть проведено так, как теоретическое исследование.

Позвольте мне коснуться некоторых областей, в которых нам предстоит еще узнать новое, и в которых мы действительно ежедневно научаемся кое-чему новому. Это, во-первых, символика сновидений и бессознательного, как вы знаете, жестоко оспариваемая тема! Нашему коллеге W. Steckel'ю должно быть поставлено в большую заслугу, что, не обращая внимания на возражение всех противников, он занялся изучением символов сновидения. Тут действительно есть еще чему поучиться; написанное мною в 1899 г. «Толкование сновидений» получит значительные дополнения, благодаря изучению символики.

Об одном из этих вновь понятых символов я хотел бы сказать несколько слов: недавно мне стало известно, что стоящий вдали от нас психолог обратился к одному из нас с замечанием, что мы, несомненно, преувеличиваем тайное сексуальное значение сновидений. Содержание часто повторяющегося у него сна составляет восхождение по лестнице, а за этим

ведь, вероятно, не скрывается ничего сексуального. Это возражение обратило наше внимание на сны, в которых встречаются лестницы, ступеньки, и скоро нам удалось восстановить, что лестницы (и все аналогичное им) представляют собою несомненный символ coitus'а. Нетрудно найти и основу сравнения; ритмическими движениями при увеличивающемся задыхании взбираешься на высоту и несколькими быстрыми прыжками можешь затем снова очутиться внизу. Таким образом, ритм coitus'а повторяется при восхождении по лестнице. Не забудем воспользоваться еще принятыми выражениями, они показывают, что «восхождение по лестнице» употребляется просто для обозначения сексуального акта. Говорят, что этот человек «Steiger» «nachsteigen» (ходить за кем-нибудь, «ухаживать», дословно, подниматься за кем нибудь). По-французски ступенька лестницы называется la marche; «un vieux marcheur» соответствует немецкому «ein alter Steiger». Материал сновидений, из которого взяты эти новые символы, будет вам своевременно предъявлен комитетом для собирания исследования символики, который нам предстоит выбрать. О другом интересном символе «спасения» и изменении его значения вы найдете данные во втором томе нашего ежегодника. Но тут я должен остановиться, иначе я не дойду до других, выше перечисленных пунктов.

Каждый из вас убедится из собственного опыта, насколько иначе он подходит к новому случаю, если имел уже возможность разобрать строение нескольких типичных случаев болезни. Допустите, что нам удалось таким же точно образом определить в кратких формулах закономерность в строении различных форм неврозов, как мы это до сих пор сделали для образования истерических симптомов; как уверенно стало бы наше прогностическое суждение. Подобно тому, как акушер, рассмотрев плаценту, узнает, вся ли она отделилась, или остались еще опасные остатки, так и мы, независимо от успеха лечения и от временного самочувствия больного, могли бы сказать, удалась ли нам окончательно работа, или мы должны считаться с рецидивами или новыми заболеваниями.

в) Спешу перейти к новшествам в области техники, где действительно больше всего необходимо еще очень много установить окончательно, и многое только теперь становится ясным. Психоаналитическая техника теперь ставит двоякую цель: сберечь труд врача и открыть больному неограниченный доступ

к его бессознательному. Вы знаете, что в нашей технике произошло принципиальное изменение. Во время катартического лечения нашей целью было разъяснение смысла симптомов, затем мы отошли от симптомов и вместо них поставили себе целью раскрытие «комплексов», по терминологии Jung'a, без которого невозможно обойтись; теперь мы направляем работу прямо к открытию и преодолению сопротивлений. В полной уверенности, что комплексы откроются без всякого труда, как только будут раскрыты и устранены сопротивления. У некоторых из вас появилась потребность разобраться во всех этих сопротивлениях и классифицировать их. Прошу вас проверить на вашем материале, не сможете ли вы подтвердить следующую связь: у пациентов мужчин, как кажется, самые значительные сопротивления лечению происходят из отцовского комплекса и выясняются, как страх перед отцом, упрямство по отношению к отцу и недоверие по отношению к отцу.

Другие нововведения техники касаются личности врача; мы обратили свое внимание на «встречное» перенесение (Gegenobertragung), появляющееся у врача, благодаря влиянию пациента на бессознательные чувства врача, и не далеки от того, чтобы предъявить к врачу требование, что он должен распознавать и одолевать это встречное перенесение. С тех пор, как большее число лиц применяет психоанализ и обменивается между собой своим опытом, мы заметили, что всякий психоанализ успевает настолько, насколько допускают его собственные комплексы и внутренние сопротивления, и требуем поэтому, чтобы он начал свою деятельность с собственного анализа и беспрерывно его углублял в то время, как увеличивается его опыт с больными. Кто ничего не может достичь в таком самоанализе, — должен убедиться в своей неспособности лечить анализом больных.

Мы приближаемся теперь к взгляду, что аналитическая техника должна быть известным образом модифицирована в зависимости от формы болезни и от преобладающих влечений у больных. Мы исходили из терапии конверсионной истерии. При истерии страха (фобиях) нам необходимо несколько изменить наш метод. Эти больные не в состоянии дать необходимый для разрешения фобии материал до тех пор, пока чувствуют себя в безопасности благодаря тому, что выполняют фобическое условие. Разумеется, невозможно добиться того,

чтобы с самого начала лечения они отказались от защитного мероприятия и работали при условиях страха. Необходимо поэтому так долго оказывать им помощь в выяснении их бессознательного, пока они не смогут решиться отказаться от защиты фобий и подвергнуть себя переживанию теперь уже умеренного страха. Если они это сделели, то тогда только становится доступным тот материал, которым необходимо овладеть, чтобы разрешить фобию. Другие модификации техники, кажущиеся мне не совсем бесспорными, окажутся необходимыми при лечении невроза навязчивости. В связи с этим возникают очень значительные, еще невыясненные вопросы: поскольку можно разрешить некоторое удовлетворение влечений больного, с которыми приходится бороться, и какое создается при этом различие, активные ли (садистические) это по своей природе влечения или пассивные (мазохистические).

Надеюсь, что у вас создается впечатление, что если бы мы знали все то, о чем теперь догадываемся, проведем все улучшения техники, к которым нас должен привести углубленный опыт над нашими больными, то наши врачебные мероприятия приобретут точность и уверенность в успехе, какие существуют не во всех областях медицинских специальностей.

Ad. 2. Я сказал, что мы можем многого ожидать от роста авторитета, который со временем мы должны приобрести. Мне незачем распространяться перед вами о значении авторитета. Только очень немногие люди культурного общества способны существовать, не имея опоры в других, или иметь хотя бы самостоятельное суждение. Вы не можете себе с достаточной силой представить жажду авторитета и внутреннюю беспочвенность людей. Мерилом этого может вам послужить необыкновенное увеличение числа неврозов по мере падения религиозности. Одной из главных причин такого состояния является обеднение «Я» благодаря огромной трате душевных сил на вытеснение, которого требует культура от каждого индивида.

Этот авторитет и огромное внушение, исходящее от него, были до сих пор против нас. Все наши терапевтические успехи достигнуты были наперекор этому внушению; приходится удивляться, что вообще удалось добиться успеха при подобных условиях. Я не хочу распространяться и расписывать вам прелести того времени, когда я был единственным пред-

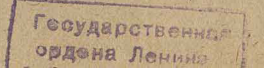
ставителем психоанализа. Я знаю, что больные, которых я уверял, что могу навсегда освободить их от их страданий, озирались в моей скромной обстановке, задумывались над моей незначительной славой и титулом и смотрели на меня, как на обладателя верной системы выигрыша в месте, где имеется Рулетка, про которого говорят: «если бы этот человек умел это сделать, то у него должен был бы быть другой вид». Было, действительно, неудобно производить психические операции в то время, когда для коллеги, на котором лежала бы обязанность ассистента, составляла особенное удовольствие плевать в операционное поле, а родные угрожали оператору, как только показывалась кровь или замечались беспокойные движения. Ведь операция может повлечь за собой реактивные движения; в хирургии мы к этому давно уже привыкли. Мне просто не верили, как и теперь мало верят нам всем; при таких условиях некоторые врачебные вмешательства должны были быть неудачными. Чтобы вообразить себе увеличение наших терапевтических шансов, когда мы встретим общее доверие, подумайте о положении врача по женским болезням в Турции и на Западе. Там врач по женским болезням может только пощупать пульс на руке, протянутой ему через отверстие в стенке. Такой недоступности объекта соответствует и деятельность врача; наши противники на Западе предоставляют нам приблизительно такую же свободу действия в психике наших больных; но с тех пор, как внушение общества заставляет больную женщину обратиться к гинекологу, он стал целителем и спасителем женщин. Не говорите, что, если авторитет общества придет к нам на помощь и увеличит наши успехи, то это не будет доказывать правильность тех положений, из которых мы исходим. Внушение, как известно, может все сделать, и наши успехи тогда станут успехами внушения, а не психоанализа. Внушение общества идет ведь теперь навстречу гидропатическому, диэтетическому и электрическому лечению нервнобольных и этими мероприятиями, однако, не удается побороть неврозы. Тогда выяснится в состоянии ли психоаналитическое лечение достичь большего.

Но тут я все же должен умерить ваши надежды. Общество не поспешит признать наш авторитет. Оно должно оказывать нам сопротивление, потому что мы относимся к нему критически; мы указываем ему, что оно само принимает большое

участие в созидании условий, являющихся причиной неврозов. Подобно тому, как мы превращаем отдельных людей в наших врагов, раскрывая все, что у них вытеснено, мы не можем ждать, чтобы общество ответило на беспощадное разоблачение причиняемого им вреда и его недостатков проявлениями симпатии; так как мы разрушаем иллюзии, то нас упрекают в том, что мы угрожаем идеалам. Таким образом может показаться, что никогда не наступят условия, от которых я жду так много благоприятного для наших терапевтических шансов. И все же положение не так безнадежно, как можно было бы теперь думать. Как ни велики аффекты и интересы людей, ведь и интеллектуальное тоже представляет собой силу. Не ту именно силу, которая сразу же проявляет свое значение, но тем более верную в конечном результате. Самые резкие истины воспринимаются и признаются после того, как изжиты затронутые ими интересы и возбужденные ими аффекты. До сих пор это было так, и та же участь постигнет нежелательные истины, о которых мы,—психоаналитики, можем сказать миру. Но это не скоро случится; мы должны уметь ждать.

Ad. 3. Наконец, я должен вам объяснить, что я понимаю под «общим влиянием» нашей работы, и каким образом я возлагаю на нее надежды. Здесь имеет место замечательное терапевтическое положение, ничего подобного которому нигде никогда не повторится, которое и вам сначала покажется очень странным, пока вы не признаете в нем, нечто давно знакомое. Вы знаете ведь, что психоневрозы представляют собой искаженные заменой удовлетворения влечения, существование которых больной вынужден скрывать перед собой и перед другими. Их существование основано на этом искажении и непонимании. Эти болезненные состояния не могут существовать, когда загадка их разрешается, и разрешение их принимается больными. Едва ли найдется нечто подобное в медицине; только в сказках говорится о злых духах, сила которых пропадает, как только называешь их по их настоящему имени, которое они держат в тайне.

Теперь представьте себе на месте отдельного больного, все общество, страдающее неврозами, состоящее из больных и здоровых лиц, и вместо принятия решения отдельным больным общее признание его обществом, то вам нетрудно будет понять, что такая замена не может не изменить результатов. Успех



терапии у отдельного лица должен повториться и в массах. Больные не смогут скрыть своих различных неврозов, свой боязливый избыток нежности, за которым скрывается ненависть, свою агарофобию, рассказывающую о разочарованном честолюбии, свои навязчивые действия, представляющие собой упреки вследствие дурных намерений и меры предосторожности против их выполнения, если всем родным и посторонним, от которых они хотят скрыть свои душевные переживания, будет известен общий смысл симптомов, и, если сами больные будут знать, что явлениями болезни они не обнаруживают ничего такого, что другие не могли бы сейчас же истолковать. Но действия не ограничатся только, часто впрочем невозможным, скрыванием симптомов, потому что благодаря необходимости скрывать эти симптомы сама болезнь не может найти себе применение. Сообщение тайны задело в самом больном пункте «этиологическое равенство», из которого происходит невроз, оно делает иллюзорным выгоду от болезни, и поэтому конечным результатом изменившегося положения вещей вследствие нескромности врача может быть только приостановка продукции болезни.

Если эта надежда кажется вам утопической, то позвольте вам напомнить, что таким путем уже устранялись психические феномены, хотя только в отдельных случаях. Подумайте, как часто в прежние времена бывали у крестьянских девушек галлюцинации Святой Девы. Пока такое явление имело следствием большое стечение верующих или даже постройку капеллы на месте чудесного явления, галлюцинаторное состояние этих девушек не поддавалось никакому воздействию. В настоящее же время даже духовенство изменило свое отношение к этим явлениям; оно допускает, чтобы жандарм и врач посетили имеющую видения, и с тех пор Святая Дева стала появляться очень редко. Или позвольте мне исследовать те же процессы, которые я раньше перенес в будущее на аналогичной, но несколько унизительной и потому незамечаемой ситуации. Представьте себе, что небольшой круг мужчин и дам из хорошего общества условился устроить на целый день пикник в какой-нибудь загородный ресторан. Дамы условились между собой, что если какая нибудь из них должна будет удовлетворить естественную потребность, то громко скажет: она идет нарвать цветов; злостный путник разведал про эту

тайну и поместил на напечатанной и разосланной участникам программе: если дамам нужно будет пойти в уборную, то пусть они скажут, что идут рвать цветы. Разумеется, что никакая из дам не воспользуется такими «цветистыми» выражениями и столь же затрудненными окажутся подобные заново условленные формулы. К чему же это приведет? Дамы без боязни сознаются в своих естественных потребностях и никто из мужчин не найдет в этом ничего предосудительного. Вернемся теперь к нашему более серьезному случаю. Так много людей убежали в невроз от жизненных конфликтов, разрешение которых стало им не по силам и получили при этом несомненную, хотя со временем дорого стоющую выгоду от болезни. Что придется сделать этим людям, если, благодаря нескромным разъяснениям психонализа, это бегство будет им отрезано? Они должны будут быть честными, должны будут сознаться в проснувшихся в них влечениях, быть стойкими в конфликте, и они будут бороться или откажутся от борьбы, и терпимость общества, которая неизбежно наступит вследствие психоаналитического разъяснения, придет им на помощь.

Вспомним, однако, что в жизни нельзя играть роль фанатического гигиениста и терапевта. Сознаемся, что такое идеальное предохранение невротических заболеваний не всем пойдет на пользу. Изрядное количество тех, кто теперь спасается в болезни, не выдержит при предполагаемых условиях конфликта, а быстро погибнет или наделает таких бед, которые окажутся худшими, чем их собственное невротическое заболевание. Неврозы имеют свою биологическую функцию, как меры предосторожности, и свое социальное оправдание; их «выгода от болезни» не всегда чисто субъективна. Кому из вас не случалось обнаружить такие причины, скрывающиеся за неврозом, что он должен был признать болезнь самым лучшим из возможных в данном положении выходов? Или уже действительно стоит принести так много жертв для искоренения неврозов, если мир полон других неизбежных страданий?

Не следует ли нам поэтому отказаться от наших стараний найти объяснение тайному смыслу невротики, как от чего-то, в конечном счете, опасного для отдельного больного и вредного для жизни общества, отказаться от практических выводов определенного научного познания? Нет, я думаю, что наш долг требует другого. Выгода от болезней при неврозах в

общем и в конце концов—вредна, как для отдельного больного так и для общества. Несчастье, которое может явиться в результате нашей просветительной работы, коснется только отдельных лиц. Возврат к более правдивому и достойному состоянию общества будет не слишком дорого окуплен этими жертвами. Но самое важное: вся та масса энергии, которая истрачивается в настоящее время на создание невротических симптомов, служащих изолированному от действительности фантастическому миру, если не сможет послужить на пользу жизни, то все же поможет усилить крик, требующий изменения нашей культуры, в которых только мы и можем видеть спасение будущих поколений.

Итак, я желал бы расстаться с вами с уверенностью, что вы не в одном только отношении исполняете свой долг, леча психоанализом больных. Вы работаете не только для науки, пользуясь единственной и никогда не повторяющейся возможностью разобраться в тайнах невроза. Вы доставляете вашим больным не только самое действительное лечение против их страданий, каким мы в настоящее время располагаем; вы вносите долю своего участия также и в просвещение масс, от которого мы ждем самой основательной профилактики против невротических заболеваний косвенным путем через посредство авторитета общества.

О «диком» психоанализе.

Несколько дней тому назад на моем приеме ко мне в сопровождении приятельницы пришла уже немолодая дама с жалобой на состояние страха. Ей было за сорок пять лет, но она хорошо сохранилась и, повидимому, еще не лишилась своей женственности. Поводом к наступлению таких состояний был развод с последним мужем; но страх, по ее словам, значительно усилился после того, как она посоветовалаеь с одним молодым врачем, живущим в предместьи, потому что этот врач объяснил ей, что причина ее страха — ее половая неудовлетворенность. Она не может обойтись без общения с мужем и поэтому перед ней только три возможности быть здоровой: или она вернется к мужу, или она возьмет себе любовника, или она удовлетворит себя сама. С тех пор она убеждена в своей неизлечимости, потому что к мужу она не хочет вернуться, а два других средства противны ее морали и религиозности. Ко мне же она пришла, потому, что врач сказал ей, что таков новый взгляд, которым обязаны мне, и она может услышать от меня подтверждение, что это именно так, а не иначе. Подруга старше ее по виду, измученная и нездоровая, заклинала меня, чтобы я убедил пациентку в ошибке врача. Это, ведь, не может быть, потому что она сама уже много лет вдова и осталась порядочной женщиной, не страдая страхом.

Не хочу останавливаться на тяжелом положении, в котором я очутился благодаря этому посещению, но должен осветить образ действий коллеги, пославшего ко мне эту больную. Но прежде всего я хочу сделать одно предупреждение, которое может быть — или лучше сказать, как я надеюсь — не лишне. Многолетний опыт научил меня — как мог научить и всякого другого, — не принимать за правду все, что пациенты, и осо-

бенно нервные, рассказывают о своем враче. Врач по нервным болезням не только при всякого рода лечении легко становится объектом разнообразных враждебных душевных движений пациента. Иной раз он должен примириться с тем, чтобы, благодаря особого рода проекции, взять на себя ответственность за тайные и вытесненные желания нервно-больного. В таком случае печальным, но характерным фактом становится то, что подобные упреки нигде не встречают столько доверия, сколько у других врачей.

Я имею, следовательно, право надеяться, что дама эта сообщила мне на приеме в тенденциозном искажении слова своего врача, и, что я поступаю несправедливо по отношению к нему, лично мне незнакомому, начиная с этого случая мои заметки о «диком» психоанализе. Но, можеть-быть, я благодаря этому удержу других врачей от неправильного поступка по отношению к больным.

Допустим поэтому, что врач сказал точно так, как мне сообщила пациентка.

Критикуя его поведение, всякий укажет, что, если врач считает нужным говорить с женщиной на тему о сексуальности, то должен это сделать с тактом и щадя ее. Но эти требования совпадают с выполнением определенных технических предписаний психоанализа и, кроме того, врач не знал или не понял ряд научных положений психоанализа и показал этим, как далек он от понимания их сущностей и целей.

Начнем с последних—научных заблуждений. Советы врача ясно показывают, в каком смысле он понимает «сексуальную жизнь». А именно, в популярном значении, при чем под сексуальными потребностями не понимается ничего иного, как потребность в половом акте, или в аналогичных поступках, приводящих к оргазму и выделению половых секретов. Но врачу не может быть неизвестно, что часто психоанализ упрекают в расширении понятия о сексуальном далеко за обычный предел. Факт этот верен; но мы не станем распространяться о том, насколько он заслуживает здесь упрека. Понятие о сексуальном в психоанализе обнимает гораздо больше. Оно распространяется и вверх и вниз за пределы популярного смысла. Это расширение оправдывается генетически; мы относим к «сексуальной жизни» все проявления нежных чувств, проистекающих из источника примитивных сексуальных душевных

движений даже в том случае, если эти движения подверглись задержке в достижении первоначальной сексуальной цели или цель эту заменили другой — не сексуальной. Мы поэтому говорим охотнее о психосексуальности, придаем значение тому, чтобы не упускался из виду душевный фактор сексуальной жизни, чтобы ему придавали соответствующее значение. Мы употребляем слово, «сексуальность» в том же широком смысле, в каком немецкий (и русский—прим. пер.) язык употребляет слово «любить». Мы также давно уже знаем, что может быть душевная неудовлетворенность со всеми ее последствиями, хотя нет недостатка в нормальном сексуальном общении и, как терапевты, никогда не забываем, что только незначительная часть неудовлетворенных сексуальных стремлений, с замещающими удовлетворениями которых мы боремся в форме нервных симптомов, могут быть изжиты посредством полового акта или других сексуальных актов.

Кто не придерживается такого взгляда на психосексуальность, тот не имеет права ссылаться на научные положения психоанализа, в которых идет речь об этиологическом значении сексуальности. Исключительным подчеркиванием соматического фактора в сексуальном он, несомненно, очень упростил проблему, но пусть он один несет ответственность за такое свое поведение.

Из советов врача выясняется еще и второе столь же грубое непонимание.

Верно, что по данным психоанализа причиной нервных болезней является сексуальная неудовлетворенность. Но разве психоанализ не говорит большего? Разве можно не обратить внимания, как на нечто слишком сложное, на указания психоанализа, что нервные симптомы происходят из конфликта между двумя силами,—слишком разросшегося либидо и слишком строгого отрицания сексуальности или вытеснения? Кто не забывает и этого второго фактора, которому действительно не отводится второе место, тот никогда не допустит, что сексуальное удовлетворение само по себе может быть общим верным средством против страдания нервно-больных. Ведь значительная часть таких людей при данных обстоятельствах или даже вообще не способны испытывать удовлетворения. Если бы они были на это способны, если бы у них не имелись внутренние сопротивления, то сила влечения указала бы им

путь к удовлетворению даже и без соответствующих советов врача. На что же и годится такой совет в роде данного будто бы даме врачем?

Если бы его и можно было бы оправдать с научной точки зрения, то все равно он невыполним для нее. Если бы у нее не было внутренних сопротивлений против онанизма или любовной связи, то она уже давно бы прибегла к какому-нибудь из этих средств. Или врач думал, что женщина за сорок лет не знает о том, что можно найти себе любовника, или он так переоценивает свое влияние, что полагает, что без врачебного разрешения она никогда бы не могла решиться на подобный шаг?

Все это кажется совершенно ясным и все же нужно сознаться, что имеется один момент, затрудняющий решение вопроса. Некоторые нервные состояния, так называемые актуальные неврозы, как-то: типическая неврастения и чистый невроз страха, очевидно, зависят от соматического фактора сексуальной жизни, между тем как о роли психического фактора и вытеснения у нас еще нет вполне верного представления.

В таких случаях врачу естественно сперва подумать об актуальной терапии, об изменении соматических сексуальных проявлений,—что он и делает с полным правом, если его диагноз правильный. Дама, обратившаяся за советом к врачу, больше всего жаловалась на состояние страха, и он, вероятно, подумал, что она страдает неврозом страха, а потому и считал себя в праве рекомендовать ей соматическую терапию. Опять-таки удобное недоразумение! Если кто-нибудь страдает страхом, то у него вовсе не должен быть непременно невроз страха; нельзя основывать диагноз на названии; необходимо знать, какие явления характеризуют невроз страха, чтобы уметь отличить его от других болезненных состояний, также проявляющихся в страхе. Дама, о которой идет речь, страдала, по-моему, истерией страха, и вся ценность такого нозографического различия, вполне оправдываемая обстоятельствами, заключается в том, что оно указывает на другую этиологию и терапию. Кто подумал бы о возможности такой истерии страха, тот не допустил бы подобного пренебрежения к психическим факторам, как это сделал врач своими альтернативными предложениями.

Весьма замечательно, что в этой терапевтической альтернативе мнимого психоаналитика нет места психоанализу. Эта дама может будто бы выздороветь от страха, если вернется к своему мужу или найдет удовлетворение на пути онанизма, или у какого-нибудь любовника. А где же остается место для аналитического лечения, в котором мы видим главное средство при состояниях страха?

Таким образом мы пришли к техническим ошибкам, открытым нами в предполагаемом случае в поведении врача. Взгляд, по которому больной страдает вследствие особого рода незнания, и что он должен выздороветь, если устранить это незнание соответствующими сообщениями (о причинной связи его болезни с его жизнью, о его детских переживаниях и т. д.), уже давно оставлен психоанализом, так как основывался на поверхностном понимании. Не это незнание является патогенным моментом, а причины этого незнания, кроющиеся во внутренних сопротивлениях, вызвавших это незнание и поддерживающих его до настоящего времени. Задачу терапии и составляет одоление этих сопротивлений. Сообщение того, чего больной не знает, потому что вытеснил это,—только необходимая подготовка к терапии. Если бы знание бессознательного было так важно для больного, как то думает неопытный в психоанализе, то для выздоровления должно быть вполне достаточно, чтобы больной слушал лекции или читал книги. Подобные меры имеют такое же влияние на симптомы болезни, как распределение карточек меню на чувство голода при голодании. Сравнение идет даже дальше, чем оно сначала применялось, потому что раскрытие больному бессознательного всегда имеет следствием то, что конфликт в нем обостряется и страдание усиливается.

Но так как психоанализ не может обойтись без таких сообщений, то он предписывает их делать не прежде, чем выполнены два условия. Во-первых, пока больной благодаря подготовке сам не подошел вплотную к вытесненному им и, во-вторых, пока он настолько не привязался к врачу (перенесение), что чувства к врачу делают для него невозможным новое бегство.

Только по выполнении этих условий становится возможным распознать сопротивления, приведшие к вытеснению и к незнанию, и овладеть ими. Психоаналитическое вмешательство

предлагает, следовательно, безусловно длительный контакт с больным, и попытки поразить больного резким сообщением ему угаданных врачем тайн при первом же посещении, на приеме технически недопустимы и наказываются большею частью тем, что вызывают в больном сердечную ненависть к врачу и невозможность всякого дальнейшего влияния, не говоря уже о том, что иной раз можно неверно угадать и никогда нельзя угадать все. Этими определенными техническими предписаниями психоанализ заменяет требование неуловимого «врачебного такта», в котором готовы видеть особенную одаренность.

Для врача, следовательно, недостаточно быть знакомым с некоторыми результатами психоанализа; необходимо усвоить себе его технику, если хочешь руководиться в своей врачебной деятельности психоаналитическими точками зрения. Эту технику теперь нельзя еще изучить по книгам, а самому открыть можно только с большими жертвами времени, труда и успеха. Подобно другим врачебным техникам можно научиться технике психоанализа у тех, кто ею уже владеет. Для суждения о случае, по поводу которого я делаю эти заметки, не безразлично поэтому то, что мне неизвестен врач, давший подобный совет и я никогда не слыхал о его имени.

Ни мне, ни моим друзьям и сотрудникам не особенно приятно монополизировать таким образом право на применение врачебной техники. Но в виду тех опасностей, которые влечет за собой для врача и для психоанализа возможное применение «дикого» психоанализа, нам ничего другого не оставалось. Весною 1910 г. мы основали интернациональное психоаналитическое общество, имена членов которого с их согласия публикуются, чтобы снять с нас ответственность за поступки тех, которые, не принадлежа к нам, называют психоанализом свою врачебную терапию. В действительности, такие дикие аналитики вредят больше делу психоанализа, чем отдельному больному. Мне неоднократно приходилось видеть, как такой неловкий образ действий, вызвав сначала ухудшение самочувствия больного, в конце-концов, принес ему пользу. Не всегда, но довольно часто. После того, как он довольно долго бранил врача, но чувствовал себя вне сферы его влияния, его симптомы начинают слабеть, или он решается на шаг, ведущий на путь выздоровления. Окончательное улучшение состояния наступает затем «само собой» или приписывается

какому-нибудь совершенно безобидному лечению у другого врача, к которому больной обратился позже. Что касается случая дамы, обвинение которой против врача мы выслушали, то я готов допустить, что все-таки дикий психоаналитик сделал для своей пациентки больше, чем какой-нибудь высокоуважаемый авторитет, который рассказал ей, что она страдает «вазомоторным неврозом». Он направил ее взор на действительную причину ее страдания или куда-нибудь поблизости от нее, и это вмешательство, несмотря на все противодействия пациентки, не останется без благоприятных последствий. Но он повредил самому себе и способствовал усилению предубеждений, растущих у больных вследствие вполне понятных аффективных сопротивлений против деятельности психоаналитика. А этого можно было бы избежать.

О введении в лечение.

Кто хотел бы по книгам изучить благородную игру в шахматы, скоро узнал бы, что исчерпывающее систематическое изложение допускает только вступление и конец игры, между тем как необозримое разнообразие, начинающееся после вступительных ходов,— описать невозможно. Только изучение партий, в которых боролись лучшие игроки, может пополнить этот недостаток обучения. Подобным же ограничениям подлежат правила для проведения психоаналитического лечения.

Ниже я попытаюсь составить некоторые из этих правил введения в лечение для пользования практика - аналитика. Среди них имеются такие, которые могут показаться мелочными и, пожалуй, действительно мелочны. В извинение им может послужить то, что это именно правило игры, приобретающей свое значение в связи с общим планом игры. Я прав, считая эти правила советами, не имеющими притязания на безусловную обязательность. Необыкновенное различие имеющихся в виду психических направленностей, пластичность всех душевных процессов и богатство детерминирующих факторов не допускают также механизации техники и приводят к тому, что обычно правильный образ действия иногда остается без последствий, а бывает, что ошибочные действия иной раз приводят к цели. Эти обстоятельства, однако, не мешают выработке целесообразного среднего образа действия врача.

Важнейшие показания для выбора больных я отметил в другом месте уже несколько лет тому назад. Поэтому я их здесь не повторяю; между прочим они были подтверждены и другими психоаналитиками. Считаю, однако, нужным прибавить, что за это время у меня выработалось правило только условно на срок в одну, две недели принимать больных, которых я

мало знаю. Если обрываешь лечение в течение этого времени, то избавляешь больного от мучительного впечатления, от неудачной попытки излечения. Ведь было сделано только зондирование для изучения случая и решения вопроса о том, подходит ли случай для психоанализа. Другой способ испробовать помимо такой попытки не существует; он не может быть заменен никакими длительными переговорами и расспросами во время часов приема. Однако этот предварительный опыт является уже началом психоанализа и должен быть проделан согласно правилам последнего. Его можно отметить лишь тем, чтобы заставить пациента, главным образом, говорить и давать ему не больше объяснений, чем это необходимо для продолжения его рассказа.

Введение в лечение с подобным периодом для пробы, в течение нескольких недель, имеет, впрочем, еще диагностическую мотивировку. Довольно часто, имея дело с неярко выраженным и недавно развившимся неврозом с истерическими симптомами или навязчивости, т.-е. как раз с такими формами, которые нужно считать благоприятными для лечения, приходится сомневаться, не представляет ли собой этот случай начальную стадию так называемой dementia praecox (шизофрения по Bleuler'у, парафрения — согласно моему предложению) и не разовьется ли из него по истечении более или менее длительного времени ясно выраженная картина этой болезни. Я оспариваю мнение, что всегда имеется возможность поставить дифференциальный диагноз. Я знаю, что имеются психиатры, редко сомневающиеся в дифференциальном диагнозе, но я убедился, что они часто ошибаются. Однако для психоаналитика ошибка опасней, чем для так называемого клинического психиатра, потому что последний и в том и в другом случае не предпринимает ничего практически полезного; он рискует только теоретической ошибкой, и его диагноз имеет только академический интерес, между тем, как психоаналитик в неблагоприятном случае совершил практическую ошибку. Он виновен в напрасных тратах и дискредитировал свой метод лечения. Он не может сдержать своего обещания излечить, если больной страдает не истерией и не навязчивым неврозом, а парафренией, а потому у него особенно серьезные причины избегать диагностической ошибки. Во время пробного лечения в течение нескольких месяцев он не раз услышит подозрительные вещи, которые побудят его

не продолжать дальше попытки. К сожалению, я не могу утверждать, что подобная попытка несомненно всегда дает возможность решить вопрос; это только одной благоразумной осторожностью больше *).

Длительные предварительные переговоры до начала лечения, прежняя терапия иного рода так же, как и прежнее знакомство врача с анализируемым, имеет вполне определенные неблагоприятные последствия. Они приводят к тому, что пациент встречается с врачом с уже готовой направленностью перенесения, которую врачу приходится лишь постепенно вскрыть вместо того, чтобы иметь возможность с самого начала наблюдать рост и развитие перенесения. Пациент таким образом имеет некоторое время преимущественное положение, которое при лечении неохотно ему предоставляется.

Ко всем желающим отложить начало лечения нужно относиться с недоверием. Опыт показывает, что они не приезжают по истечении условленного срока даже и в тех случаях, когда мотивировка отсрочки, т.-е. рационализация намерения кажется непосвященному безупречной.

Особенные трудности возникают тогда, когда между врачом и приступающим к анализу пациентом или их семьями были дружественные или общественные отношения. Психоаналитик, от которого требуют, чтобы он взялся за лечение жены или ребенка друга, должен быть готов к тому, что, чем бы это предприятие ни кончилось, оно ему будет стоить дружбы. Но он все же должен принести эту жертву, если не может найти заслуживающего доверия заместителя.

Публика, как и врачи, все еще смешивающие психоанализ с внушением, придают обыкновенно большое значение тем ожиданиям, с которыми пациент приступает к лечению. Они часто полагают, что с тем или другим больным лечение не будет стоить больших трудов, так как он очень доверяет психоанализу и убежден в верности и в возможности успеха. С дру-

*) Можно было бы очень много сказать на тему об этой диагностической неуверенности, о шансах анализа при легких формах парафрении и о причинах сходства обоих заболеваний, чего я не могу сделать в этой статье. Я охотно противопоставил бы по примеру Jung'а истерию и невроз навязчивости, как «неврозы перенесения», парафреническим заболеваниям, как «интроверзионным неврозам», если бы при таком применении понятие «интроверзия» (либидо) не отдалялось от своего единственного правильного смысла.

гим будет, пожалуй, труднее, так как он относится скептически и не хочет верить, пока не убедится в успехе на самом себе. В действительности, однако, такая направленность больного не имеет большого значения, его предварительное доверие или недоверие не приходится принимать во внимание в сравнении с внутренними сопротивлениями, благодаря которым и держится невроз. Доверчивость пациента делает приятными первые встречи с ним; благодаришь его за нее, но предупреждаешь его, что его благоприятная предвзятость разобьется о первую встречающуюся при лечении трудность. Скептику говорят, что анализ не нуждается в доверии, что он, пациент, может сколько угодно быть критически настроенным и недоверчивым, что его направленность не ставится вовсе в счет его суждению, так как он вовсе не в состоянии составить себе обоснованное суждение по этим вопросам; его недоверие представляет собой только симптом, подобно другим его симптомам, и оно ничему не помешает, если он только будет добросовестно исполнять то, чего требуют от него правила лечения.

Кто хорошо знаком с сущностью неврозов, тот не удивится, услышав, что и тот, кто вполне способен производить анализ у других, может держать себя, как всякий другой смертный и проявлять сильнейшие сопротивления, став сам объектом психоанализа. Снова получаешь тогда впечатления о психической глубине и не находишь ничего поразительного в том, что невроз коренится в глубоких слоях, до которых не проникло аналитическое образование.

Важными пунктами в аналитическом лечении являются условия относительно в р е м е н и и д е н е г.

В отношении времени я придерживаюсь исключительно принципа назначения определенного часа. Каждый пациент получает определенный час рабочего дня, которым я располагаю, этот час — его, и он за него отвечает даже и в том случае, если даже он не использует его. Такое назначение само собой понятное в нашем хорошем обществе по отношению к учителю музыки или языков, кажется по отношению врачу, может быть, слишком суровым или даже недостойным. Явится желание указать на многие случайности, могущие помешать пациенту приходить всегда в тот же час, и будут требовать, чтобы врач считался с многочисленными случайными заболеваниями, которые могут произойти в течение длительного ана-

литического лечения. Однако мой ответ следующий: иначе невозможно. При более ограниченной практике «случайные» отказы настолько учащаются, что врач рискует своим материальным существованием. При строгом соблюдении этого назначения оказывается наоборот, что мешающих случайностей вообще не бывает, а случайные заболевания бывают очень редко. Почти не бываешь в таком положении, что наслаждаешься свободным оплачиваемым больным временем, за которое пришлось бы стыдиться. Можно без помех продолжать работу и избегать мучительного и смущающего факта, что именно тогда наступает в работе пауза, в которой никто не виноват, когда работа обещает стать особенно важной и содержательной. Только занимаясь в течение нескольких лет психоанализом при строгом соблюдении назначения часа, по настоящему убеждаешься в значении психогении в повседневной жизни человека, в том, как часты «школьные заболевания» и как ничтожно влияние случаев. При несомненных органических заболеваниях, которые не исключаются благодаря психическому интересу в них, я прерываю лечение, считая себя в праве иначе распорядиться освободившимся часом и начинаю снова лечение пациента, когда он поправился и у меня освободился час.

Я работаю с моими пациентами ежедневно за исключением воскресенья и больших праздников, т.-е. обыкновенно шесть раз в неделю. В легких случаях или при продолжении уже хорошо наладившегося лечения достаточно и трех часов в неделю. В противном случае ограничение во времени не приносит пользы ни врачу, ни пациенту; в начале лечения оно совсем не годится. Уже короткий перерыв несколько затрудняет работу. Мы в шутку говорим о «понедельничной закорузлости», когда снова начинаем работу после воскресного отдыха; при более редкой работе возникает опасность не поспеть за реальными переживаниями больного, потерять в лечении контакт с текущей жизнью и сбиться с прямого пути. Иногда попадаешь на больного, которому приходится посвятить больше времени, чем обычный в среднем один час, потому что бóльшую часть одного часа они употребляют на то, что бы «оттаять» и вообще начать говорить.

Неприятный для врача вопрос, который больной ему с самого начала ставит, гласит: как долго продолжится лечение. Сколько вам нужно времени, чтобы освободить меня от

моего страдания? Если предложить лечение на несколько недель для пробы, то можешь не дать прямого ответа на этот вопрос, обещая дать более точный ответ по истечении срока, предназначенного для опыта. Отвечаешь, как Эзоп в басне путешественнику, спрашивающему о длине дороги, предложением:... «иди»,—и объясняешь этот ответ тем, что нужно узнать шаг путешественника прежде, чем высчитать длительность его путешествия. Таким ответом выходишь из первого затруднительного положения; но сравнение это не вполне верно, потому что невротик легко может менять темп своей работы и временами делать очень маленькие успехи. На самом деле едва ли возможно дать ответ на вопрос о предполагаемой длительности лечения.

Непонимание больных и неискренность врачей объединяются для того, чтобы предъявлять анализу чрезмернейшие требования и давать ему на это—кратчайший срок. Сообщаю, например, следующие даты из письма одной дамы из России, полученного мною несколько дней назад. Ей 33 года, она больна с 23 лет, уже десять лет неспособна ни к какой длительной работе. «Лечение во многих нервных санаториях» не дало ей возможности начать «активную жизнь», она надеется что психоанализом, о котором она читала, она совершенно излечится. Но ее лечение уже столько стоило ее семье, что она не может оставаться в Вене больше, чем шесть недель или два месяца. К этому прибавляется еще то затруднение, что она сначала хочет «объясняться только письменно», потому что прикосновение к ее комплексам вызвало бы у нее взрыв и «заставило бы временно замолчать».—Никто не стал бы ждать, чтобы тяжелый стол можно было бы поднять двумя пальцами, как легонький стул, или чтобы большой дом, выстроить в такой же срок, как и маленькую хижину, но как только дело касается неврозов, которые, повидимому, в настоящее время еще не заняли определенного места в образе мыслей людей, то даже интеллигентные люди забывают о необходимой пропорциональности между временем, работой и успехом. Впрочем это вполне понятное следствие глубокого незнания этиологии неврозов; благодаря этому невежеству невроз является для них своего рода «девушкой из чужой стороны». Неизвестно откуда она явилась, а потому ждут, что она в один прекрасный день исчезнет.

Врачи поддерживают это благодушие; даже знающие среди них часто неправильно оценивают серьезность невротического заболевания. Дружественно расположенный коллега, крупная заслуга которого состоит в том, что после научной работы в течение нескольких десятилетий, исходящей из совершенно других положений, он оценил значение психоанализа, написал мне однажды, что нам нужен короткий удобный амбулаторный способ лечения навязчивых неврозов. Тут я не мог услужить, я устыдился и в оправдание свое попытался указать на то, что интернисты, вероятно, были бы очень довольны терапией туберкулеза или рака, соединяющего в себе такие преимущества.

Скажу прямо, при психоанализе речь идет о длинных промежутках времени — полугодиях или целых годах, о более длительных сроках, чем это желательно больным. На враче поэтому лежит обязанность сообщить о таком положении вещей больному раньше, чем он окончательно решится на лечение. Я считаю вообще более достойным, но и также более целесообразным, не стараясь прямо запугать больного, обратить все же наперед его внимание па трудности и жертвы аналитической терапии и лишить его, таким образом, всякого права, позже когда-нибудь утверждать, что его завлекли в лечение, объем и значение которого он не знал. Кого отпугивают подобного рода сообщения, тот потом все равно оказался бы неподходящим. Хорошо сделать подобный выбор еще до начала лечения. По мере того, как больные начинают больше понимать, растет и число тех, которые выдерживают это первое испытание.

Я никогда не обязываю пациента выдержать лечение в течение некоторого периода, разрешаю каждому оборвать лечение, когда ему заблагорассудится, но не скрываю от него, что прекращение лечения после непродолжительной работы не даст никакого успеха и, как незаконченная операция, легко приведет его в неудовлетворительное состояние. В первые годы моей психоаналитической деятельности мне было очень трудно побудить больных не прекращать лечения; эта трудность уже давно исчезла, теперь мне не легко удается заставить их прекратить лечение.

Сокращение аналитического лечения остается совершенно справедливым желанием, исполнения которого мы добиваемся

различными путями. К сожалению, этому мешает очень важный момент,—медлительность, с которой совершаются глубокие душевные изменения, в конечном счете, пожалуй «безвременность» наших бессознательных процессов. Когда больные поставлены перед трудностями большой потери времени для анализа, то они нередко предлагают известный выход. Они разделяют свои страдания на такие, которые они описывают, как невыносимые, и другие, которые они считают втростепенными, и говорят: если бы вы меня освободили только от одного (например, от головной боли, от определенного страха), с другим я уже сам справлюсь в жизни. Но они переоценивают при этом избирательную силу анализа. Разумеется, врач-аналитик может многого достичь, но он не в состоянии точно определить, что он сможет сделать. Он пускает в ход процесс, состоящий в разрешении существующих вытеснений. Он может следить за этим процессом, помогать ему устранять препятствия с пути, понятно, многое и напортить в нем. Но в общем раз начатый процесс идет своим собственным путем, ему трудно предписать направление, как и порядок тех пунктов, каких он коснется. С властью аналитика над процессами болезни дело, следовательно, обстоит так, как с мужской потенцией. Самый сильный мужчина хотя может произвести целого ребенка, но не в состоянии взростить в женском организме одну только голову, руку или ногу; он не в состоянии даже распорядится полом ребенка, он только начинает очень запутанный и детерминированный старыми событиями процесс, оканчивающийся отделением ребенка от матери. Невроз также обладает характером организма, его части зависят одна от другой, обусловливают друг друга, взаимно поддерживают одна другую; всегда болеют только одним неврозом, а не многими, случайно столкнувшимися в одном индивиде. Больной, которого по его желанию удалось освободить от одного невыносимого симптома, легко мог бы убедиться в том, что легкий до того симптом усилился до степени невыносимого. Кто вообще хочет отделить успех от условий внушения (т.-е. перенесения), тот хорошо сделает, если откажется от намеков какого бы то ни было возможного для врача элективного влияния на успех лечения. Самыми приятными для психоаналитика должны быть те пациенты, которые требуют от него полного здоровья, поскольку оно возможно, и предоставляют

в его распоряжение столько времени, сколько нужно процессу выздоровления. Разумеется, таких благоприятных условий можно ждать только в немногих случаях.

Ближайший пункт, который должен быть разрешен в начале лечения, составляют деньги, гонорар врачу. Аналитик не обращает внимания на то, что деньги следует рассматривать в первую линию, как средство к самосохранению и к приобретению влияния, но он утверждает, что в оценке денег принимают участие могучие сексуальные факторы. Он при этом может сослаться на то, что культурное человечество относится к денежным делам таким же образом, как к сексуальным вещам с такой же двойственностью, осторожностью и ханжеством. Он поэтому наперед должен решиться не принимать в этом участия, а в вопросе о денежном вознаграждении поступать с пациентом с такой же само собой понятной откровенностью, с какой он его хочет воспитать в вопросах сексуальной жизни. Он показывает ему, что сам освободился от ложного стыда, заявляя по собственной инициативе, как он расценивает свое время. Человеческое благоразумие рекомендует далее не допускать до накопления больших сумм, а делать расчет по истечении коротких правильных промежутков, например, месячных. (Как известно, ценность лечения не повышается в глазах пациента от того, что оно обходится дешево). Все знают, что не таков обычный образ действия невропатолога или интерниста в нашем европейском обществе. Но психоаналитик должен поставить себя в положение хирурга, откровенного и дорогого, потому что владеет методом лечения, который может помочь. По-моему более достойно и с этической точки зрения менее предосудительно признаваться в своих требованиях и подробностях, чем как это теперь еще обычно бывает с врачами, разыгрывать роль бескорыстного друга человечества, положение которого ему все-таки оказывается не по силам, и зато втихомолку злиться на беззастенчивость и желание эксплоатировать врача или даже громко браниться по этому поводу. Аналитик в оправдание своего требования платы может указать еще на то, что при тяжелой работе он никогда не может зарабатывать столько, сколько другой медицинский специалист.

По той же причине он должен будет отказаться лечить без гонорара и не делать исключения в пользу коллег или их

родственников. Последнее требование как будто идет вразрез с врачебной коллегиальностью; нельзя забывать, что даровое лечение для психоаналитика означает гораздо больше, чем для всякого другого, а именно потерю значительной части его рабочего времени (одной восьмой, седьмой и т. п...), которым он располагает для заработка на срок в много месяцев. Одновременно еще одно даровое лечение лишает его уже четверти или трети его возможных заработков, что оказывается по своему действию равным тяжелому травматическому несчастью.

Спрашивается далее, искупается ли жертва, приносимая врачом, той выгодой, какую получает от нее больной. Я могу разрешить себе иметь суждение по этому поводу, потому что в течение почти десяти лет я посвящаю ежедневно один час, а временами и два часа даровому лечению, так как в целях ориентировки в неврозах я хотел работать по возможности без сопротивления. При этом я не нашел тех преимуществ, каких искал, а некоторые сопротивления невротика невероятно повышаются благодаря даровому лечению: у молодой женщины искушение, заключающееся в отношениях перенесения, у молодого человека, вытекающего из отцовского комплекса, возмущение против обязанности быть благодарным, составляют одно из самых неприятных затруднений в оказании врачебной помощи. Отпадение взаимных обязательств, вытекающее из оплаты врачу, чувствуется очень мучительно; все взаимоотношение выходит из реального мира, пациент лишается всякого мотива, чтобы стараться закончить лечение.

Можно быть совсем далеким от аскетического осуждения денег и все же приходится жалеть о том, что по внешним и внутренним причинам аналитическая терапия недоступна бедному. Против этого мало что можно сделать; быть может, вполне правилен распространенный взгляд, что тот, кого жизненная нужда заставляет тяжело работать, не так легко впадает в невроз. Но безусловно неоспорим другой факт, а именно, что бедняк, однажды уже дойдя до невроза, только с большим трудом с ним расстается. Невроз оказывает ему хорошие услуги в борьбе за самоутверждение; доставляемая им «вторичная» выгода от болезни — очень значительна. Жалость, в которой люди отказали ему в материальной нужде, он вызывает теперь

под фирмой своего невроза и может оправдаться в требовании бороться со своей бедностью посредством работы. Кто борется с неврозом бедного человека средствами психотерапии, обыкновенно убеждается в том, что, собственно говоря, от него в этом случае требуют терапию другого рода,—такую терапию, какую по распространенной у нас легенде обыкновенно совершал император Иосиф II. Разумеется, иногда все же находятся ценные и не по своей вине беспомощные люди, у которых бесплатное лечение не сталкивается с указанной помехой и дает прекрасный результат.

Денежные расходы, которых требует психоанализ, только кажутся чрезмерными для состоятельных людей. Не говоря уже о том, что здоровье и работоспособность, с одной стороны, и умеренные денежные расходы, с другой стороны,—вообще вещи несравнимые, но если сосчитать никогда не прекращающиеся расходы на санатории и лечение и противопоставить им увеличение работоспособности и возможности заработков после счастливого окончания лечения, то можно сказать, что больной совершил выгодную сделку. Нет ничего более дорогого в жизни, чем болезнь и—глупость. Прежде, чем закончить эти замечания относительно введения в аналитическое лечение, скажу еще одно слово относительно известного церемониала положения, в котором производится лечение. Я настаиваю на совете укладывать больного на диван, между тем как врач должен занять место позади него так, чтобы больной его не видел. Это устройство имеет исторический смысл, являясь остатком гипнотического лечения, из которого развился психоанализ. Но оно заслуживает по многим причинам, чтобы его сохранили. Во-первых, по личному мотиву, который и другие смогут, пожалуй, разделить со мною. Я не переношу, чтобы меня ежедневно разглядывали в течение 8 часов (или несколько больше). Так как во время слушания я сам отдаюсь течению моих бессознательных мыслей, то не хочу, чтобы выражение моего лица давало пациенту материал для толкования или оказывало влияние на то, что он говорит. Пациент воспринимает обыкновенно навязанное ему положение, как лишение, и противится ему, особенно если страсть к подглядыванию играет значительную роль в его неврозе. Я настаиваю на этом мероприятии, имеющем цель и ведущее к тому, чтобы не допустить незаметного смешения перенесения с мыслями,

приходящими в голову пациенту, чтобы изолировать перенесение и выявить в свое время, как резко очерченное сопротивление. Я знаю, что многие аналитики поступают иначе, но мне неизвестно, чтó играет большую роль во внесенном ими изменении: найденное ли ими при этом преимущество или желание поступать по-иному.

Если таким образом урегулированы условия лечения, то поднимается вопрос: на каком пункте и с каким материалом нужно начинать лечение?

В общем безразлично, с какого материала начинать лечение, с истории ли жизни, истории болезни или детских воспоминаний пациента, но во всяком случае так, чтобы предоставить больному рассказывать и выбрать исходную точку. Говорят ему, следовательно: прежде, чем я смогу вам что-нибудь сказать, мне нужно многое о вас узнать; будьте добры рассказать мне о себе все, что вы о себе знаете.

Исключение нужно сделать только для основных правил психоаналитической техники, которые пациент обязан соблюдать. С этими правилами его нужно познакомить с самого начала: еще одно,—раньше чем вы начнете, ваш рассказ в одном моменте должен отличаться от обыкновенного разговора. В то время как обыкновенно вы поступаете правильно, стараясь не терять нити своего рассказа и отбрасывая все мешающие и посторонние мысли, которые вам приходят в голову, вы в данном случае должны поступать иначе. Вы заметите, что во время рассказа у вас появятся различные мысли, которые вам захочется отбросить под влиянием известных критических возражений. Вам захочется себе сказать: «То или другое сюда не относится» или—«это совершенно неважно»,—или «это бессмысленно и потому это незачем говорить». Не поддавайтесь такой критике. Все-таки говорите это и именно потому, что вам этого не хочется. Причину такого требования, собственно говоря, единственного, когорому вы должны подчиниться, вы узнаете потом и согласитесь с ним. Говорите поэтому все, что вам приходит в голову. Поступайте так, как, например, путешественник, сидящий у окна вагона железной дороги и описывающий находящемуся внутри вагона виды, проносящиеся перед его взором. Наконец, не забывайте никогда, что обещали быть вполне откровенным, и не пропускайте ничего потому,

что по какой бы-то ни было причине вам было бы неприятно это сказать *).

Пациенты, считающие себя больными с определенного момента, обыкновенно начинают с повода к заболеванию, другие сами понимающие связь своего невроза с детством, начинают с изложения истории всей своей жизни. Никоим образом нельзя ожидать систематического рассказа и ничего для этого не следует делать. Каждый кусочек истории нужно будет позже рассказать еще раз, и только при этом повторении появятся те добавления, которые образуют важные и неизвестные больному связи.

---

*) Можно было бы много сказать о наблюдениях, с основным психоаналитическим правилом. Иногда встречаешь больных, которые ведут себя так, как-будто бы они сами выработали себе эти правила. Другие грешат против них с самого начала. Сообщение этих правил в первых стадиях лечения очень важно и полезно; позже, попав во власть сопротивления, больные перестают им подчиняться, и у каждого больного наступает когда-нибудь время, когда он их нарушает. Из опыта самоанализа необходимо вспомнить, как трудно устоять перед искушением поддаться критическим предлогам, чтобы отбросить ту или другую мысль. Всегда можно убедиться, как ничтожно действие уговоров, заключаемых с пациентом, благодаря предъявлению основного психоаналитического правила, когда ему впервые приходится рассказать нечто интимное о третьем лице. Пациент знает, что он должен рассказать все, но его останавливает опасение в нескромности по отношению к другому. «Разве я в самом деле должен все сказать? Я думал, что это относится только к тому, что касается меня самого». Невозможно, разумеется, проводить аналитическое лечение, при котором не говорится ничего об отношении пациента к другим лицам и о мыслях его о них. Pour faire une omlette, il faut casser des oeufs. Порядочный человек охотно забывает то, что ему кажется незаслуживающим запоминания из подобных тайн чужих лиц. Также от сообщения имен нельзя отказаться; рассказ пациента приобретает характер чего-то неуловимого, подобно сцене «Естественных дочерей» Göethe, неудерживающегося в памяти врача. Скрытые имена закрывают также доступ к различным важным отношениям. Можно, пожалуй, допустить, чтобы больные не называли имен до тех пор, пока анализируемый не привыкнет к врачу и к методу. Весьма замечательно, что вся задача оказывается неразрешимой, если допущена была тайна в одном только пункте. Но представьте себе, что стало бы, если бы для одной только площади в городе существовало, например, право убежища; как мало потребовалось бы времени, чтобы на этом единственном месте скопился весь преступный элемент города. Я лечил одного видного чиновника, который служебной присягой вынужден был никому не говорить о некоторых вещах, составлявших государственную тайну, и вследствие этого ограничения потерпел у него неудачу. Психоаналитическое лечение ничего не должно принимать во внимание, потому что также поступает невроз и его сопротивление.

Встречаются пациенты, тщательно подготовляющиеся к своему рассказу с первых часов, будто бы для того, чтобы вернее и лучше использовать время лечения. То, что драпируется таким образом в мантию усердия, есть сопротивление. Нужно удерживать от подобной подготовки, проделываемой исключительно для того, чтобы защитить себя от появления нежелательных мыслей *). Больной может самым искреннейшим образом верить в свою благонамеренность, сопротивление же будет непременно участвовать в преднамеренной подготовке и добьется того, что самый ценный материал ускользнет от сообщения. Скоро станет заметно, что больной изобретает еще другие методы, чтобы изъять требуемое из лечения; например, он ежедневно будет беседовать о лечении с каким-нибудь интимным другом и в этой беседе изложит все мысли, которые должны были бы появиться в присутствии врача. Тогда в лечении образуется дыра, через которую вытекает как раз самое лучшее. В таком случае скоро станет своевременным посоветовать пациенту, чтобы он относился к своему аналитическому лечению, как к делу, которое касается только врача и его самого, и исключил от участия в нем всех других лиц, как бы они ни были ему близки и любопытны. В более поздних стадиях лечения пациент обыкновенно не поддается такому искушению.

Больным, которые хотят держать свое лечение в тайне, потому что скрывали также свой невроз, я не ставлю никаких препятствий. Разумеется, не приходится принимать во внимание то обстоятельство, что вследствие этой сдержанности некоторые самые блестящие терапевтические успехи не производят впечатления на окружающих... Решение больного держать все в тайне проливает, разумеется, свет уже на одну черту его тайной истории...

Если требуешь от больных, чтобы они посвящали в свою болезнь вначале их лечения возможно меньше людей, то защищаешь их до известной степени от многочисленных враждебных влияний, которые постараются отговорить их от анализа. Такие влияния в начале лечения могут стать вредными. Позже они безразличны или даже полезны, проявляя сопротивление, пытающееся скрыться.

---

*) Исключения допускаются только для дат вроде: о родных, об операция о пребывании в каком-нибудь месте и т. п.

Если пациент в начале аналитического лечения временно нуждается в другой внутренней или специальной терапии, то гораздо целесообразнее обратиться к специалисту, чем самому оказать эту другую помощь. Комбинированное лечение от невротических заболеваний с сильной органической примесью по большей части оказывается невыполнимым. Как только показываешь пациентам больше, чем один путь, ведущий к исцелению, их интерес отвлекается от анализа. Лучше всего отложить органическое лечение до окончания психического; если сначала проделать первое, то в большинстве случаев оно оказывается безуспешным.

Вернемся к началу лечения. Иногда встречаются пациенты, которые начинают лечение с отрицательного уверения, что им ничего не приходит в голову, что можно было бы рассказать, хотя они совершенно не коснулись всей области истории их жизни и болезни. На просьбу указать им, о чем они должны говорить, не следует соглашаться в этот первый раз, как и в следующий. Нужно понять, с чем имеешь дело в таких случаях, тут фронт занят сильным сопротивлением, готовым защищать невроз; необходимо сейчас же принять вызов и вступить в бой. Энергично повторенное уверение с самого начала, что такого отсутствия мыслей не бывает и что дело идет о сопротивлении против анализа, вынуждает больного сделать предполагаемое признание или вскрывает часть его комплексов. Плохо, если он вынужден сознаться, что в то время, как слушал основное правило, он оставил за собой право все же скрыть то или другое. Несколько лучше, если он должен только рассказать о недоверии, с которым приступает к психоанализу, или о тех запугивающих вещах, которые он о нем слышал. Если он отрицает эти и подобные ему возможности, на которые ему указывается, то настойчивостью можно вынудить у него признание, что он все же пренебрег некоторыми занимавшими его мыслями. Его занимали мысли о самом лечении, хотя ничего определенного о нем не думал, его занимает вид комнаты, в которой он находится, или он должен был думать о предметах в кабинете и что он здесь лежит на диване,—и все это он заменил указанием «ничего». Эти намеки вполне понятны; все, что относится к положению в настоящую минуту, соответствует перенесению на врача, оказавшемуся пригодным для сопротивления. Приходится поэтому начать

с открытия этого перенесения; от него быстро открывается путь к патогенному материалу больного. Женщины, готовые, по содержанию истории своей жизни, ожидать сексуальную аггрессивность, мужчины с очень сильно вытесненной гомосексуальностью, скорее всего начнут анализ с подобного отказа в приходящих в голову мыслях.

Подобно первому сопротивлению, первые симптомы или случайные действия пациента также могут привлечь исключительный интерес и выдать преобладающий в их неврозе симптом. Остроумный молодой философ с исключительной эстетической направленностью спешит поправить складку своих брюк, прежде, чем улечься для первого сеанса. Он оказывается бывшим копрофилом, чрезвычайной раффинированности,— как того и следует ожидать от такого эстета. Молодая девушка, оказавшись в подобном положении, спешит прикрыть краем своей юбки выглядывающую лодыжку; этим она выдала самое лучшее из того, что откроет будущий анализ,— свою нарцистическую гордость своей физической красотой и свою наклонность к эксгибиционизму.

Особенно часто встречаются пациенты, отказывающиеся занять положение, которое им предлагается, в то время как врач сидит позади них невидимый, и просят разрешения проделать лечение в другом положении по большей части потому, что хотят видеть врача. Они постоянно получают в этом отказ; но им нельзя отказать, чтобы до начала сеанса сказать несколько слов или сделать это, вставши со своего места, после того, как им объявлено об окончании сеанса. Они разделяют таким образом лечение на официальную часть, во время которой они держат себя очень связанно, и на «уютную», во время которой они действительно свободно говорят и рассказывают различные вещи, считая это не относящимся к лечению. Врач недолго соглашается на такое подразделение, запоминает сказанное до или после сеанса и, пользуясь им при ближайшем удобном случае, разрушает стену, которую хотел воздвигнуть пациент. Эта стена опять-таки строилась из материала, взятого из сопротивления перенесения.

Пока пациент рассказывает и говорит все, что приходит в голову, не останавливаясь, не следует касаться темы перенесения. С этой самой

щекотливой из всех процедур нужно подождать до того момента, когда перенесение становится сопротивлением.

Следующий, возникающий перед нами вопрос принципиального характера. Он гласит: когда мы должны начать давать анализируемому необходимые сведения? Когда наступает время раскрыть ему тайное значение появляющихся у него мыслей, познакомить его с основными положениями и техническими процедурами анализа?

Ответ на это может быть только следующий: не раньше, чем у пациента развивается перенесение, дающее возможность работать, устанавливается настоящий рапорт. Первою целью лечения остается—привязать больного к лечению и к личности врача. А для этого нужно сделать только одно—дать больному достаточно времени. Если проявляют к нему серьезный интерес, заботливо устраняют возникающие вначале сопротивления и избегают известных ошибок, то у пациента возникает сама по себе такая привязанность, и он присоединяет врача к ряду Imagines тех лиц, от которых он привык получать любезности. Можно, понятно, лишиться этого успеха, если с самого начала отнестись иначе и не только стараться вникнуть, а морализировать, или если выступить в роли представителя или действующего по поручению другой партии, например, супруга и т. п.

Этот ответ встретит осуждение с точки зрения тех, кто придерживается другого образа действия, т.-е. желающих сообщать пациенту значение его симптомов, как только начинают их понимать, или видящих даже особый триумф в том, чтобы при первой же встрече швырнуть пациенту в лицо эти «решения». Опытному аналитику нетрудно совершенно ясно и понятно услышать в жалобах больного и в описании его болезни его скрытые желания; но как велико должно быть собственное самодовольство и необдуманность, чтобы после самого короткого знакомства раскрыть чужому человеку, незнакомому со всеми основными положениями психоанализа, что он имеет инцестуозную привязанность к матери, желание смерти любимой, по его словам, жены, что его занимает мысль обмануть своего шефа и т. п.? Я слышал, что есть аналитики, которые гордятся такими мгновенными диагнозами и быстрой терапией, но я всякого предупреждаю, что лучше не следовать таким примерам. Таким путем дискредитируешь себя и свое дело и

вызываешь самые резкие возражения, независимо от того, правильно ли угадал или нет, и даже тем более сильное сопротивление, чем правильнее угадал. Терапевтический эффект сначала обыкновенно равен нулю, но окончательно отпугивает от анализа. И в поздних стадиях лечения необходимо еще соблюдать осторожность и не давать разрешения симптома и объяснения желания прежде, чем пациент непосредственно не приблизится к нему, так что ему остается сделать еще короткий шаг, чтобы самому достичь такого решения. В прежние годы я часто имел случай убеждаться, что преждевременное сообщение какого-нибудь разрешения ведет к преждевременному окончанию лечения, как вследствие сопротивлений, внезапно вызванных таким образом, так и благодаря облегчению, наступившему вместе с разрешением.

Здесь станут возражать. Разве в наши задачи входит продлить лечение, а не, наоборот, закончить его, как можно поскорее? Разве больной не страдает вследствие его незнания и непонимания? И не является ли нашей обязанностью дать ему, как можно поскорее эти необходимые знания, т.-е. как только врач их сам узнал? Ответ на этот вопрос требует небольшой экскурсии в область значения знания и механизма исцеления в психоанализе.

В прежние времена аналитической техники мы, благодаря интеллектуалистической направленности, высоко ценили, чтобы больной знал забытое им, почти не делая при этом различия между нашим и его знанием. Мы считали исключительно счастливой случайностью, если удавалось стороной получить сведения о забытой детской травме, например, от родителей, воспитателей или самого соблазнителя, что было возможно в отдельных случаях, и спешили познакомить больного с тем, что узнали, и привести доказательство правильности этого, с глубокой надеждой, что таким образом удастся скоро покончить с неврозом и с лечением. Но когда ожидаемый успех не наступал, то явилось тяжелое разочарование. Как это могло случиться, что больной, зная уже о своем травматическом переживании, все же держал себя так, как будто знает о нем не больше, чем раньше, даже воспоминания о вытесненной травме не возникали благодаря рассказу о ней и описанию ее.

В одном случае мать девушки, больной истерией, рассказала мне гомосексуальное переживание, оказавшее большое

влияние на фиксацию припадков девушки. Мать сама была неожиданной свидетельницей сцены, но больная совершенно ее забыла, хотя была в возрасте перед наступлением половой зрелости. Я мог познакомиться только с поучительным фактом. Всякий раз, когда я повторял девушке рассказ матери, она реагировала истерическим припадком, после которого забывала рассказанное. Не подлежало сомнению, что больная проявляла сильнейшее сопротивление навязанному ей знанию; наконец симулировала слабоумие и полную потерю памяти, чтобы защитить себя от этого рассказа. Таким образом пришлось решиться лишить знания приписанного ему значения и перенести акцент на сопротивление, причинившее в свое время незнание и готовое отстаивать его еще и теперь. Но сознательное знание было беспомощно против этих сопротивлений, если и не могло быть снова устранено из сознания.

Странное поведение больной, умевшей соединить в себе сознательное знание с незнанием, остается необъяснимым для так называемой нормальной психологии. Психоанализу, признающему бесознательное, не представляется никаких трудностей дать это объяснение; описанный феномен принадлежит, однако, к лучшим доказательствам взгляда, представляющего себе душевные процессы топически дифференцированными. Больные знают в своем мышлении о вытесненном переживании, но у этого знания нет связи с тем местом, в котором каким-либо образом содержится вытесненное воспоминание. Изменение может наступить только тогда, когда сознательный мыслительный процесс проник до этого места и преодолел там сопротивление вытеснения. Дело обстоит так, как если бы в министерстве юстиции издан был приказ, чтобы малолетних преступников осуждали более легко. Пока приказ не дошел до сведения отдельных окружных судов или в том случае, если бы окружные судьи не намеревались следовать этому приказу, а судить по собственному усмотрению, ничего не может измениться в отношениях к отдельному юношескому преступнику. Для восстановления истины прибавим еще, что сознательный рассказ вытесненного больному все же не остался без влияния. Он не оказывает желанного действия, не положит конец симптому, а будет иметь другие последствия. Сначала он вызовет сопротивления, но затем, когда они будут преодолены, начнется мыслительный процесс, в течение которого появится,

наконец, ожидаемое влияние на бессознательные воспоминания.

Теперь своевременно сделать обзор игры сил, пришедших в движение благодаря лечению. Первым мотором терапии является страдание пациента и вытекающее из него желание быть исцеленным. От величины этой двигательной силы кое-что отпадает,—что раскрывается только в течение анализа; первым делом так называемый вторичный «выигрыш от болезни». Но сама эта сила должна сохраниться до конца лечения; всякое улучшение вызывает уменьшение ее. Сама по себе она, однако, не в состоянии одолеть болезнь; для этого у нее не хватает двух вещей: ей неизвестны пути, ведущие к этому концу, и у нее нет необходимой энергии для одоления сопротивлений. Аналитическое лечение устраняет оба недостатка. Необходимые для преодоления сопротивлений аффекты оно берет благодаря мобилизации энергий, готовых проявиться в виде перенесения; своевременными разъяснениями оно показывает больному пути, по которым он должен направить эти энергии. Часто перенесение само по себе оказывается в состоянии устранить симптомы болезни, но только временно, пока оно само сохраняется. В таком случае это представляет собой лечение внушением, а не психоанализ. Этого последнего названия лечение заслуживает только в том случае, когда перенесение употребляет свою интенсивность для преодоления сопротивления. Только тогда становится невозможным состояние болезни, когда перенесение снова было разрушено, как того требует его разрешение.

Во время лечения пробуждается еще один момент—интеллектуальный интерес и понимание больного. Однако в сравнении с другими, борющимися друг с другом силами, этот момент вряд ли приходится принимать во внимание, ему всегда грозит быть обесцененным вследствие неясности суждения, обусловленного сопротивлениями. Остаются, следовательно, перенесения и врачебные указания (путем сообщения), как новые источники силы, которыми больной обязан аналитику. К указаниям он прибегает, однако, только постольку, поскольку его к этому вынуждает перенесение, а потому с первым указанием нужно ждать до того времени, пока не развилось сильное перенесение. Прибавим еще, что с каждым последующим указанием нужно ждать того времени, когда нарушение перенесения устраняется благодаря возникающим по порядку сопротивлениям перенесения.

Применение толкования сновидений при психоанализе.

«Zentralblatt für Psychoanalyse» поставил себе задачей не только сообщать об успехах психоанализа и самому публиковать небольшие статьи, но хотел бы ответить также и другой задаче, именно — излагать учащемуся в ясной форме уже известное и сберечь время и лишний труд посредством соответствующих указаний тому, кто только начинает применять аналитическое лечение. Поэтому в этом журнале будут появляться статьи дидактические и статьи технического содержания, а потому несущественно, содержат ли они также нечто новое.

Вопрос, который я на этот раз собираюсь подвергнуть обсуждению, касается не техники толкования сновидений. Я не буду рассматривать, как следует толковать сновидения и пользоваться их толкованиями, а остановлюсь только на том, какое применение при психоаналитическом лечении больных должно иметь искусство толкования сновидения. Тут можно поступать различным образом, но в психоанализе ответ на технические вопросы сам по себе никогда не бывает ясен. Если, может быть, существует больше одного хорошего пути, то безусловно есть очень много плохих путей, и сравнение различных технических приемов может способствовать только большей ясности даже в том случае, если и не приведет нас к выяснению превосходства одной определенной методы.

Кто переходит к аналитическому лечению от толкования сновидений, у того сохраняется интерес к содержанию сновидений и потому всякому сновидению, рассказанному больным, он старается дать возможно полное толкование. Скоро, однако, он должен будет заметить, что находится при совершенно дру-

тих условиях, и если захочет осуществить свое намерение, то вступит в столкновение с ближайшими задачами терапии. Если первое сновидение пациента оказалось вполне подходящим поводом для того, чтобы дать больному первые необходимые пояснения, то вскоре появляются такие длинные и неясные сновидения, что толкования их невозможно закончить в один день в течение одного рабочего часа. Если врач продолжает в ближайшие дни толкование этого сновидения, то больной ему тем временем сообщает о новых сновидениях, которые приходится отложить до тех пор, пока он не сочтет законченным толкование первого сновидения. Иногда продуктивность сновидений становится такой богатой, а больной делает при этом такие медленные успехи в понимании своих сновидений, что тогда у аналитика невольно является мысль, что такой способ доставлять материал является только выражением сопротивления больного, пользующегося наблюдением, что лечение не может справиться с доставляемым ему, таким образом, материалом. А между тем лечение значительно отстало от настоящих переживаний больного и потеряло контакт с действительностью. Против такой техники нужно выдвинуть правило, по которому наибольшее значение для лечения имеет знакомство с временным поверхностным содержанием психики больного, и осведомленность в том, какие комплексы и какие сопротивления у него активны в данное время и какая сознательная реакция против них руководит его поведением. Едва ли следует отодвигать на задний план эту терапевтическую цель из-за интересов толкования сновидений.

Как же поступать с толкованием сновидений во время анализа, если хотят соблюдать это правило? Приблизительно следующим образом: следует всякий раз довольствоваться результатом толкования, достигнутым в течение одного часа, и не считать потерей, если не удастся вполне узнать содержание сновидения. На следующий день нужно продолжать работу толкования не как нечто, само собою разумеющееся, а только в том случае, если замечаешь, что у больного тем временем на первый план не выдвигается ничего другого. Нельзя поэтому отступать от правила всегда брать то, что первым приходит в голову больному. Если появились новые сны прежде чем предыдущие доведены до конца, то нужно приняться за эти позднейшие продукции и не ставить себе в вину того, что на

более старые не обращается внимание. Если сновидения стали слишком объемистыми и распространенными, то приходится наперед отказаться от полного толкования. Вообще не следует проявлять особенного интереса к толкованию сновидений или наводить больного на мысль, что если у него нет снов, то вся работа должна остановиться. В противном случае возникает опасность, что сопротивление направится на продукцию сновидений и поведет к их прекращению. У анализируемого должно создаться убеждение, что анализ во всяком случае найдет материал для продолжения работы безразлично, будут ли сновидения у анализируемого и в какой мере они будут разбираться.

Меня спросят: не связано ли такое применение толкования сновидений при таких методических ограничениях с отказом от очень большого, ценного материала для вскрытия бессознательного? На это можно ответить следующее: потеря не так велика, как это кажется при недостаточном углублении в положение вещей. С одной стороны, нужно ясно понять, что на всякие подробные сновидения в тяжелых случаях неврозов по всем данным нужно смотреть, как на принципиально недоступные полному выяснению. Такое сновидение часто схватывает целиком весь патогенный материал случая, неизвестный еще врачу и пациенту (так называемые программные сновидения, биографические сновидения); иногда такое толкование равносильно переводу на язык сновидений всего содержания невроза. При попытке истолковать такое сновидение начинают действовать все существующие, еще незатронутые сопротивления, ставящие предел пониманию случая. Полное истолкование такого сновидения совпадает с окончанием всего анализа. Если такой сон записан в начале анализа, то его можно понять в конце его, много месяцев спустя. Положение такое же, как при понимании отдельного симптома (например, главного симптома). Весь анализ служит его выяснением; во время лечения нужно пытаться понять поочередно то одну, то другую часть толкования симптома, пока не удастся объединить все эти части. Нельзя поэтому требовать большего от сновидения в начале анализа; нужно быть довольным, если из попытки истолковать его удается установить сначала одно только патогенное желание.

Отказываясь от полного толкования сновидения, отказываешься от того чего, нельзя достичь. Но обыкновенно ничего

не теряешь, прерывая толкование более старого сна, для того, чтобы взяться за последнее сновидение. Из толкования удачных примеров сновидений мы узнали, что несколько сцен того же сновидения, следующих одна за другой, могут иметь то же содержание, проявляющееся в них со все более возрастающей ясностью. Мы также узнали, что несколько сновидений в течение одной ночи, представляют собой только попытки изобразить различными способами то же содержание. Вообще говоря, мы можем быть вполне уверенными, что всякое желание, создающее сегодня сновидение, вернется снова в другом сновидении, пока больной его не поймет и оно не освободится от власти бессознательного. Таким образом, лучший способ закончить толкование сновидений часто состоит в том, чтобы оставить его и заняться новым сновидением, которое содержит тот же материал, может быть, в более доступной форме. Я знаю, что врачу, а не анализируемому не так-то легко отказаться от сознательной цели лечения и отдаться руководству чего-то, что всегда кажется «случайным». Но я могу уверить, что, решаясь на это, всякий раз следует довериться собственным теоретическим положениям и заставить себя в деле установления общей связи не оспаривать руководства у бессознательного.

Я стою, следовательно, за то, чтобы при аналитическом лечении толкование сновидений применялось не как самодовлеющее искусство, а чтобы пользование им подчинялось тем же техническим правилам, какие господствуют вообще при проведении лечения. Разумеется, иной раз можно поступать и иначе и уступить немного и теоретическим интересам, но при этом нужно всегда знать, что делаешь. Необходимо принять во внимание еще и другой случай, ставший возможным после того, как мы больше стали доверять нашему пониманию символики сновидений и находимся в меньшей зависимости от мыслей, возникающих в сознании больного. Особенно умелый толкователь сновидений может оказаться в таком положении, что поймет любое сновидение пациента, не заставляя его проделывать над сновидением утомительную и отнимающую много времени работу. Для такого аналитика отпадают поэтому все конфликты между требованиями толкования сновидений и терапией. У него явится искушение всякий раз полностью использовать толкование сновидений и сообщать пациенту все, что он угадывает из его сновидений. При этом он, однако

пользуется методикой лечения, значительно отличающейся от обычной,— о чем я буду говорить в другом месте. Тому, кто начинает применять психоаналитическое лечение, во всяком случае не рекомендуется брать в пример этот необыкновенный случай.

По отношению к самым первым снам, сообщенным пациентом во время аналитического лечения, пока он еще ничего не знает из техники толкования сновидения, всякий аналитик находится в таком же положении, как вышепредположенный нами толкователь сновидения. Эти начальные сновидения, так сказать, наивны, они выдают слушателю очень много, подобно сновидениям так называемых здоровых людей. Теперь возникает вопрос, должен ли врач сейчас же сообщить больному все, что он сам вычитал из сновидения. На этот вопрос я не дал здесь ответа, потому что он очевидно связан с более обширным вопросом о том, в каких фазах лечения и в каком темпе следует посвящать больного в знание того, что скрыто в его душе. Чем больше пациент приобретет опыта в толковании сновидений, тем непонятнее, обыкновенно, становятся его позднейшие сны. Все приобретенные знания касательно сновидения служат также предупреждением для образования сновидения.

В «научных» работах о сновидении, получивших новый импульс от психоанализа, несмотря на отрицание толкования сновидения, всегда находишь совершенно излишнюю заботу о том, чтобы сохранить текст сновидения и уберечь его от искажений и узур ближайших дневных часов. Некоторые психоаналитики также не применяют на деле с полной последовательностью своих взглядов на условия образования сновидения, требуя от больного, чтобы он записывал каждое свое сновидение непосредственно по пробуждении. Подобная мера в терапии излишня, к тому же больные охотно пользуются этим предписанием, чтобы нарушить свой сон и проявить бесполезное усердие. Если таким образом и удалось спасти текст сновидения, которое в противном случае было бы поглощено забвением, то все же легко убедиться, что для больного этим ничего не достигнуто. Никаких мыслей по поводу этого текста не возникает, и результат получается такой же, как будто сновидение не сохранилось. Врач все-таки узнал нечто такое, что от него в противном случае ускользнуло бы. Но далеко

не одно и то же, знает ли что-нибудь врач или пациент; в другой статье мы дадим оценку значению этого различия для техники психоанализа.

Наконец, я хочу упомянуть еще об одном особенном типе сновидений, которые по условиям своего возникновения встречаются только во время психоаналитического лечения и могут удивить и ввести в заблуждение начинающего. Это так называемые догоняющие или подтверждающие сны, легко доступные толкованию, и после истолкования их они подтверждают только то, что выяснилось при лечении из материала, добытого и, пришедших на сеансе в голову мыслей в последние дни. Получается впечатление, как будто пациент имел любезность выявить в форме сновидения именно то, что ему было «внушено» непосредственно перед тем. Опытному аналитику, однако, довольно трудно допустить подобную любезность у своего пациента, он понимает такие сновидения, как подтверждения, и констатирует, что они наблюдаются при лечении только при известных условиях воздействия. По огромное большинство сновидений идет впереди лечения, так что, устранив уже известное и понятное, мы находим в них более или менее ясное указание на нечто до того скрытое.

Воспоминание, воспроизведение и переработка.

Мне кажется не лишним постоянно повторять учащимся о тех глубоких изменениях, которые психоаналитическая техника испытала со времен первых попыток в этой области. Во-первых, фаза катарзиса Breuer'a, непосредственная направленность на момент образования симптома, последовательно проводимое старание заставить воспроизвести психические процессы этой ситуации, чтобы дать им выход при помощи сознательной деятельности. Воспоминание и отреагирование были тогда целью, которая достигалась при помощи гипнотического состояния. Затем, после отказа от гипноза, выдвинулась задача: угадать на основании мыслей, возникающих у анализируемого, то, что он отказывается вспомнить. Посредством работы толкования и сообщения ее результатов больному—должно было быть обойдено сопротивление; направленность на ситуацию образования симптома и на другое положение, скрывающееся за моментом заболевания, осталась, а реагирование отошло на задний план и, как казалось, было заменено усилием, которое должен был совершить анализируемый при навязанном ему преодолении критики против приходящих ему в голову мыслей (при выполнении основного психоаналитического правила). Наконец, выработалась последовательная теперешняя техника, при которой врач отказывается от направленности на определенный момент или проблему, довольствуется тем, что изучает психическую поверхность анализируемого в данный момент и искусством толкования пользуется преимущественно для того, чтобы распознать выступающие на этой поверхности сопротивления и помочь больному осознать их. Вырабатывается новый способ ведения

работы: врач открывает неизвестные больному сопротивления; когда они преодолены, больной часто рассказывает без всякого труда забытые положения и связи. Цель, преследуемая этими техническими приемами, остается, разумеется, та же. Говоря описательно: выполнение изъянов воспоминания, говоря динамически: преодоление в сопротивлении вытеснения.

Нужно быть благодарным старой гипнотической технике за то, что она показала нам отдельные психические процессы анализа в изолированном и схематизированном виде. Только благодаря этому мы могли набраться смелости, чтобы собственноручно создавать сложные положения в аналитическом лечении и сохранить их ясное понимание.

Воспоминание протекало при прежнем гипнотическом лечении чрезвычайно просто. Пациент переносился в прежнюю ситуацию, которую он никогда не смешивал с настоящей ситуацией, сообщал о психических процессах, сопровождавших ее, поскольку они оставались нормальными, и прибавлял то, что вытекало из превращения бессознательных тогда процессов в сознательные.

Прибавлю здесь несколько замечаний, которые подтвердит каждый аналитик из собственного опыта. Забывание впечатлений, сцен переживаний сводится, большей частью, к «отгораживанию» их. Когда пациент говорит об этом «забывании» он, редко забывает при этом прибавить: собственно говоря, я это знал, но никогда не думал об этом. Он нередко выражает свое разочарование по поводу того, что ему мало приходит в голову такого, что он мог бы признать забытым, о чем он никогда не думал, после того как это случилось. Однако и это желание находит удовлетворение при так называемых конверзионных истериях. «Забывание» испытывает еще дальнейшее ограничение, если принять во внимание так часто встречающиеся покрывающие воспоминания. В некоторых случаях у меня складывалось впечатление, что известная, столь важная с теоретической точки зрения, детская амнезия совершенно уничтожается благодаря покрывающим воспоминаниям. В них содержится не только кое-что существенное из детской жизни, но, собственно говоря, все существенное. Нужно только суметь извлечь это из них посредством анализа. Они представляют забытые детские годы с такой же полнотой, как явное содержание сновидения — мысли сновидения.

Вторая группа психических процессов, которые можно противопоставить впечатлениям и переживаниям, как чисто внутренние акты, фантазии, процессы, рисующие отношения, чувства, связи, должна быть рассматриваема отдельно по отношению к забыванию и воспоминанию. Здесь особенно часто бывает, что «воспоминается» нечто такое, что никогда не могло быть «забыто», потому что никогда не было замечено, никогда не было сознано и, кроме того, для течения психических процессов, повидимому, совершенно безразлично, была ли такая связь сознана и затем забыта или она никогда не достигала сознания. То, в чем убеждается больной во время психоанализа совершенно не зависит от такого воспоминания.

Особенно при разнообразных формах невроза навязчивости забывание ограничивается, большей частью, разобщением связей, непониманием последствий и изолированием воспоминаний.

Большей частью не удается вызвать воспоминаний об особого рода чрезвычайно важных воспоминаниях, имевших место в очень раннем детстве и пережитых тогда без понимания, но впоследствии понятых и истолкованных. О них узнаешь благодаря сновидениям и приходится их допустить, вследствие самых доказательных мотивов из общего построения невроза; при этом можешь убедиться, что анализируемый, преодолев свои сопротивления, не возражает против предположения о них ссылкой на отсутствие чувства воспоминания (ощущение знакомого.) И все же это обстоятельство требует столько критической осторожности и дает так много нового и странного, что я имею в виду сделать его предметом особой разработки на соответствующем материале.

От этого приятного гладкого течения при применении новой техники осталось очень мало, часто—ничего. Тут встречаются случаи, протекающие некоторое время, как при гипнотическом лечении, и только позже изменяющиеся к худшему. Другие случаи с самого начала ведут себя иначе. Если для обозначения различия мы будем держаться последнего типа, то можем сказать, что анализируемый вообще не вспоминает ничего забытого и вытесненного, а проделывает это. Он репродуцирует это не как воспоминание, а как действие, он воспроизводит это, разумеется, сам того не зная, что он воспроизводит.

Например, анализируемый не рассказывает своих воспоминаний о том, что был упрям и не верил авторитету родителей,

а ведет себя соответствующим образом по отношению к врачу. Он не вспоминает, что остановился, растерянный и беспомощный, в своем инфантильном сексуальном исследовании, а рассказывает множество запутанных сновидений и мыслей, являющихся ему, жалуется, что ему ничего не удается, и что судьба преследует его, не давая возможности довести до конца ни одного предприятия. Он не вспоминает, что очень сильно стыдился определенных сексуальных проявлений и боялся, что они раскроются, а показывает, что стыдится лечения, которому подвергается, и больше всего старается скрыть его и т. д.

Прежде всего он начинает лечение с такого воспроизведения. Часто случается, что, сообщив пациенту с многообразной историей жизни и длительной историей болезни—основное психоаналитическое правило и, предложив ему затем говорить все, что приходит в голову, ждешь, что его рассказ потечет непрерывным потоком, но слышишь сперва, что ему нечего сказать. Он молчит и утверждает, что ему ничего не приходит в голову. Разумеется, это не что иное, как воспроизведение гомосексуальной направленности, которая проявляется, как сопротивление против всякого воспоминания. Сколько ни длится лечение, больной не освобождается от этого навязчивого воспроизведения; начинаешь, наконец, понимать, что это его способ вспоминать.

Разумеется, в первую очередь нас будет интересовать отношение этого навязчивого воспроизведения к перенесению и сопротивлению. Мы скоро замечаем, что перенесение является только частью воспроизведения, а воспроизведение представляет собой перенесение забытого прошлого не только на врача, но и на все другие области и ситуации настоящего. Мы должны, следовательно, быть готовы к тому, что анализируемый находится во власти навязчивого воспроизведения, заменяющего импульс к воспоминанию не только в длительных отношениях к врачу, но и во всех других проявлениях деятельности и отношений своей жизни, например, выбирая во время лечения объект любви, беря на себя какую-нибудь задачу, вступая в какое-нибудь предприятие. Нетрудно узнать в этом воспроизведении и участие сопротивления. Чем сильнее сопротивление, тем больше воспоминание заменяется действием (воспроизведения). Ведь идеальное воспоминание в гипнозе соответствует такому состоянию, при котором сопротивление совершенно

устранено. Если лечение начинается при благосклонном содействии слабого, неясно выраженного положительного перенесения, то является сперва возможность углубления в воспоминания, как при гипнозе, и тем временем симптомы болезни даже замолкают, если же в дальнейшем течении лечения это перенесение становится враждебным или слишком сильным и потому должно быть вытеснено, то воспоминание сейчас же уступает место действию. С этого момента, сопротивления определяют порядок того, что должно быть воспроизведено. Больной извлекает из арсенала прошлого оружие, с помощью которого он защищает себя от лечения и которое мы должны выбить из его рук по частям.

Мы слышали, что анализируемый воспроизводит вместо того, чтобы воспоминать, что он воспроизводит при условии сопротивления, и у нас возникает вопрос: что же, собственно говоря, он воспроизводит пли выражает своими действиями? Ответ гласит: он воспроизводит все, что уже проникло из источников вытесненного в его общее поведение, его задержки и негодные направленности, патологические черты его характера. Ведь он воспроизводит во время своего лечения также и все свои симптомы. А в таком случае мы можем заметить, что, подчэркивая эту навязчивость воспроизведения, мы не открыли нового факта, а внесли только единообразие в наше понимание. Мы уясняем себе только тот факт, что болезнь анализируемого не прекратилась вместе с началом лечения, что нам необходимо относиться к его болезни не как к историческому событию, а как к актуальной силе. Часть за частью этой болезни появляется на горизонте и попадает в круг влияния лечения и в то время, как больной переживает это, как нечто реальное и актуальное, мы должны проделать над этим нашу терапевтическую работу, состоящую большею частью в том, что все сводится к прошлому.

Воспоминание в гипнозе должно было произвести впечатление эксперимента. Воспроизведение во время аналитического лечения согласно новой технике есть отрывок реальной жизни и потому не во всех случаях протекает безопасно и безобидно. С этим связана вся проблема часто неизбежного «ухудшения» во время лечения.

Уже введение в лечение приводит к тому, что у больного меняется сознательная направленность болезни. Он привык

довольствоваться тем, чтобы жаловаться на нее, презирать ее, как бессмыслицу, придавать ей малое значение, и переносил на проявление ее то же вытесняющее отношение, ту же политику страуса, которую применял к ее происхождению. Таким образом, случается, что ему точно неизвестны условия его фобии, дословный текст его навязчивых идей или истинная цель его навязчивого импульса. Для лечения это не подходит. Он должен найти в себе мужество сосредоточить свое внимание на явлениях своей болезни. Он не должен презирать своей болезни, она становится достойным его противником, частью его существа, опирающегося на веские мотивы, из которой необходимо извлечь ценное для будущей жизни. Таким образом, с самого начала подготовляется примирение с вытесненным, выражающимся в симптомах, но оставляется место и известной терпимости к болезни. Если благодаря новому отношению к болезни обостряются конфликты и резче проявляются симптомы, бывшие до того неясными, то нетрудно утешить пациента, указав ему, что это неизбежные, но преходящие ухудшения, что нельзя уничтожить врага, которого нет или который далеко. Но сопротивление может использовать для своих целей и злоупотребить разрешением быть больным: оно как будто бы показывает: посмотри, что выходит из того, что я иду навстречу всему этому. Разве я не был прав, вытесняя это? Особенно юноши и дети охотно даже пользуются тем, что в лечении необходимо сосредоточить внимание на болезни, чтобы погрузиться в симптомы болезни.

Новые опасности возникают от того, что по мере развития лечения могут воспроизводиться более глубоко лежащие влечения, еще не нашедшие себе выхода. Наконец, поступки пациента вне перенесения могут повлечь за собой временную опасность для жизни или даже принять такую форму, что навсегда обесценят желанное здоровье.

Легко оправдать тактику, применяемую врачом в таком положении. Для него остается целью воспоминание по старому способу, репродуцирование в психической области, и он продолжает преследовать эту цель, хотя прекрасно знает, что при новой технике этого достичь нельзя. Он готов к постоянной борьбе с пациентом, чтобы удержать в психической области все импульсы, которые пациент пытается перевести на моторную область, и считает триумфом лечения тот случай, когда

ему удается освободить пациента посредством работы воспоминания от чего-нибудь, что пациент пытается выразить путем действия. Если привязанность при помощи перенесения может быть использована, то посредством лечения удается не допустить больного до всех более или менее значительных действий воспроизведения и использовать такие намерения in statu nascendi, как материал для терапевтической работы. Легче всего уберечь больного от опасности, вытекающей из его желания приводить в исполнение свои импульсы, обязав его не принимать никакого важного для жизни решения, до окончания лечения, не выбирать профессии, окончательного объекта любви, а ждать наступления выздоровления для выполнения всех этих намерений.

При этом стараешься, поскольку можно, соединить личную свободу анализируемого с такими мерами предосторожности, но не мешаешь ему привести в исполнение его безобидные, хотя и неразумные намерения, не забывая того, что человек учится уму-разуму только на своей беде и на своем опыте. Встречаются случаи, когда пациенту невозможно помешать еще во время лечения вступить в какое-нибудь совершенно нецелесообразное предприятие, и лишь позже он становится более уступчивым и поддается аналитической обработке. Иногда неизбежны и такие случаи, когда не успеваешь наложить узды перенесения на разнузданные влечения, и когда пациент актом воспроизведения разрывает связь, привязывающую его к лечению. Как на крайний пример, я могу указать на случай: немолодая дама, неоднократно оставляет в сумеречном состоянии свой дом и своего мужа и куда-то убегает, не сознавая мотива своего бегства. Она приступила к лечению с ярко выраженным нежным перенесением, чрезвычайно быстро разросшимся в первые же дни, и в конце недели сбежала также и от меня, еще раньше, чем я успел ей сказать что-нибудь, что ее удержало бы от этого воспроизведения.

Но главным средством сдержать навязчивое воспроизведение пациента и превратить его в мотив воспоминания является умение использовать перенесение. Мы обезвреживаем эту навязчивость, делаем ее даже полезной, предоставляя ей известное право, допуская ее в определенной области. Мы предоставляем ей перенесение в качестве поля сражения, на котором ей разрешается развернуться с полной свободой и от

нее требуется показать нам все скрытые патогенные влечения анализируемого. Если пациент идет постольку навстречу, что считается с необходимыми условиями лечения, то нам всегда удается дать новые условия перенесения всем симптомам болезни, заменить общий невроз — неврозом перенесения, от которого больной излечивается благодаря терапевтической работе. Перенесение создает, таким образом, промежуточное царство между болезнью и жизнью, через которое и совершается переход от первой к последней. Новое состояние переняло все признаки болезни, но является искусственной болезнью, везде доступной нашему вмешательству. В то же время оно составляет часть реального переживания, но возможного благодаря исключительно благоприятным условиям и провизорного по своей природе. Известные пути ведут от действий воспроизведения, проявляющихся в перенесении к пробуждению воспоминаний, появляющихся без всякого труда по удалении сопротивлений.

Здесь я мог бы закончить, если бы заглавие статьи не обязало меня коснуться в изложении еще одной части в аналитической технике. Преодоление сопротивлений начинается, как известно, с того, что врач открывает никогда неузнаваемое анализируемым сопротивление и указывает на него пациенту. Как кажется, начинающие пользоваться анализом склонны принимать это введение за всю работу. Ко мне нередко обращались за сов том в таких случаях, когда врач жаловался, что указал больному на его сопротивления и все же ничего не изменилось. Сопротивление стало еще даже более сильным, и все положение вещей менее понятным. Лечение, повидимому, не подвигается вперед. Этот печальный прогноз всегда оказывался ошибочным. Лечение обыкновенно шло наилучшим образом; врач только забыл, что за указанием на сопротивление не следует непосредственно и прекращение его. Нужно дать больному время углубиться в неизвестное ему сопротивление, переработать его, преодолеть его, продолжая наперекор ему работу, согласно требованию основного аналитического правила. Только на высоте нарастания сопротивления открываются в совместной работе с анализируемым вытесненные влечения, питающие это сопротивление, в существовании и могуществе которых пациент убеждается благодаря этому переживанию. Врачу не остается ничего другого, как выжидать

неизбежного и не всегда допускающего ускорения течения процесса излечения. Если врач имеет это в виду, то часто избежит разочарования в своем успехе в том случае, когда в действительности ведет лечение по правильному пути.

Эта переработка сопротивлений становится на практике мучительной задачей для анализируемого и испытанием терпения врача. Но именно эта часть работы оказывает самое большое, изменяющее влияние на пациента, и ею аналитическое лечение отличается от всякого воздействия путем внушения. Теоретически можно эту переработку приравнять к «отреагированию» ущемленного вытеснением аффекта, без которого гипнотическое лечение оставалось без всякого влияния на болезнь.

О fausse reconnaissance (déjà raconté) во время психоаналитического лечения.

Во время аналитической работы нередко случается, что больной сопровождает рассказ о факте, который он вспомнил, замечанием: «Но ведь я уже это рассказал вам», между тем как врач наверное знает, что никогда этого рассказа не слышал. Если указываешь больному на это, то он часто начинает энергично утверждать, что вполне уверен, готов клясться, что рассказал и т. д,; но в такой же мере растет собственное убеждение врача в новизне того, о чем идет речь. Психологически было бы ошибкой пытаться разрешить подобный спор силой своих легких или превосходством своих доводов. Такое чувство убежденности в верности своей памяти, как известно, не имеет никакой объективной ценности; так как один из двух несомненно ошибается, то в таком положении человека, подверженного парамнезии, может быть как врач, так и анализируемый. В этом нужно сознаться пациенту, спор прекратить и разрешение его отложить до следующего случая.

В небольшом числе случаев позже сам вспоминаешь, что слышал уже рассказ, о котором идет речь, и одновременно находишь и субъективный, часто очень отдаленный мотив его временного устранения из памяти. Но в огромном большинстве случаев заблуждается анализируемый, и удается заставить его согласиться с этим. Повидимому, этот частый случай объясняется тем, что больной действительно уже намеревался рассказать это, что уже один или несколько раз он действительно делал вступительные замечания, но затем сопротивление мешало ему привести в исполнение его намерение, и он спутал воспо-

минание о своем намерении с воспоминанием о его выполнении.

Оставляю в стороне все те случаи, когда вопрос может остаться под сомнением, и подчеркиваю некоторые другие, представляющие особый теоретический интерес. С некоторыми лицами случается, и не раз, что они с особым упрямством настаивают, будто уже рассказали то или другое о таких вещах, при которых все положение вещей говорит о том, что они не могут быть правыми. То, что они будто бы рассказали и теперь считают чем-то старым, что врач уже должен знать, представляет собою воспоминания огромной важности для анализа, подтверждения которых давно уже ждали, разрешения, которые заканчивают часть работы по поводу которых анализирующий врач дал бы, конечно, подробные объяснения. В виду таких обстоятельств пациент скоро соглашается, что его память вероятно обманула его, хотя он не может объяснить себе, почему он так был уверен.

Феномен, который представляет из себя в таких случаях у анализируемого, имеет право называться «fausse reconnaissance» и совершенно аналогичен другим случаям, при которых, само собой, возникает впечатление: в таком положении я уже раз был, это я уже однажды пережил («déjà vu»), хотя оказываешься не в состоянии подтвердить это убеждение восстановлением в памяти прежнего случая. Известно, что этот феномен вызвал множество попыток объяснения, которые вообще можно разбить на две группы. *) В одной из этих групп проявляется доверие к содержащемуся в феномене ощущению и допускается, что речь действительно идет о чем-то, что вспоминается; вопрос касается только того, что именно вспоминается. Гораздо более многочисленную группу составляют объяснения, утверждающие, что тут имеется ошибка воспоминаний, и пытающиеся исследовать, каким образом произошла эта парамнестическая ошибка. В общем эти попытки обнимают широкий круг мотивов, начиная с древнего, приписываемого Пифагору взгляда, что феномен déjà vu является доказательством прежнего индивидуального существования, и, идя далее через основанную на анатомии гипотезу, что причину этого феномена составляет временное расхождение деятельности обоих мозговых полушарий

*) Одну из последних сводок соответствующей литературы дает H. Ellis в «World of Dreams» 1911 г.

(Vigan 1860 г.), и кончая чисто психологическими теориями большинства новейших авторов, видящих в déjà vu проявление слабости апперцепции, вызванной утомлением, истощением, рассеянностью.

Grasset *) в 1904 г. дал объяснение «déjá vu», которое приходится принимать «верующим». Он полагает, что этот феномен указывает на то, что когда-то прежде имело место бессознательное восприятие, доходящее до сознания только теперь под влиянием нового подобного же впечатления. К нему присоединилось много других авторов, видящих причину этого феномена в воспоминании чего-то забытого, приснившегося. В обоих случаях дело касалось бы оживления бессознательного впечатления.

В 1907 г., во втором издании моей «Психопатологии обыденной жизни», я дал вполне сходное объяснение данной парамнезии, хотя не знал и не упомянул о работе Grasset. Извинением мне может послужить то обстоятельство, что я создал мою теорию в результате психоаналитического исследования, предпринятого мною в одном очень ясном, но случившемся 28 лет назад случае «déjà vu» у одной пациентки. Я не хочу здесь повторять всего маленького анализа. Он показал, что положение, в котором случилось «déjà vu», действительно было способно вызвать воспоминание о прежнем переживании анализируемой. В семье, которую посетила тогда двенадцатилетняя девочка, находился тяжело больной умирающий брат, а ее собственный брат был за несколько месяцев до того в такой же опасности. Но с этим общим связалось в случае первого переживания недоступная сознанию фантазия—желание, чтобы умер брат,—и потому аналогия в обоих случаях не могла быть осознанной. Ощущение этой аналогии заменил феномен—уже однажды пережитого—благодаря тому, что идентичность передвинулась с общего обоим переживаниям явления на данную обстановку.

Известно, что название «déjà vu» заменяет целый ряд аналогичных феноменов—«déjà entendu», «déjà eprouvé», «déjà senti». Случай, о котором я расскажу взамен многих подобных, представляет собой «déjà raconté», который можно было бы объяснить бессознательным, оставшимся невыполненным намерением.

---

*) La sensation du «déjà vu» journal de psychologie norm. et pathol. 1904 г.

Пациент, следя за ходом своих ассоциаций, рассказывает: «Как я тогда в возрасте пяти лет играл в саду ножом и при этом перерезал себе мизинец—о, я только думал, что перерезал его,—но ведь я вам это уже рассказал».

Я уверяю, что ничего подобного припомнить не могу. Он уверяет все с бо̀льшей убежденностью, что не может в данном случае ошибаться. Наконец, я обрываю спор указанным вначале образом и прошу его, на всякий случай повторить рассказ. Тогда мы увидим, кто прав.

«Когда мне было пять лет, я играл в саду возле моей няни и резал перочинным ножом кору одного из ореховых деревьев, играющих роль *) также и в моем сновидении **). Вдруг с неописуемым испугом я заметил, что перезал себе мизинец (правой или левой?) руки так, что он повис только на коже. Я не чувствовал никакой боли, но сильный страх. Я не решился сказать ни слова находившейся в нескольких шагах от меня няне, опустился на ближайшую скамью и продолжал сидеть, не будучи в состоянии посмотреть еще раз на палец. Наконец, я успокоился, взглянул на палец и вижу, что он совершенно цел».

Скоро мы согласились оба на том, что он не мог рассказать мне это видение или галлюцинацию. Он прекрасно понял, что я не оставил бы неиспользованным такое доказательство существования у него в пятилетнем возрасте страха кастрации. Его сопротивление против допущения у него кастрационного комплекса было этим сломано, но он возбудил вопрос: почему он был так уверен, что уже рассказал это воспоминание?

Тут мы оба вспомнили, что неоднократно, по различному поводу, но всегда без всякой пользы, он рассказывал следующее маленькое воспоминание.

«Когда дядя уезжал, он спросил меня и сестру, что нам привезти. Моя сестра пожелала книгу, а я—перочинный ножик».

---

*) Корректура при позднейшем рассказе: Мне кажется, что я резал не дерево. Это слилось с другим воспоминанием, которое, вероятно, тоже искажено благодаря галлюцинации, что я сделал ножом надрез в дереве, и что при этом из дерева появилась кровь.

**) Сравни. Сказочный материал в сновидениях (Internat. Zeitschrift für ärztliche Psychoanalyse I, 2 Heft).

Теперь мы поняли, что это воспоминание, всплывшее несколько месяцев тому назад, было «покрывающим воспоминанием» (Deckerinnerung) вместо вытесненного воспоминания и как подход к опущенному вследствие сопротивления рассказу о мнимой потере мизинца (несомненного эквивалента penis'а). Нож, который ему дядя, действительно, привез, был, согласно его точным воспоминаниям, именно тот самый, который встречался в долго подавляемом рассказе.

Мне кажется, что лишнее прибавлять еще что-нибудь для толкования этого маленького факта, поскольку он бросает свет на феномен «fausse reconnaissance». О содержании галлюцинации пациента я еще замечу, что подобные галлюцинаторные ошибки—нередкое исключение именно в конструкции кастрационного комплекса и что они могут также служить корректурой нежелательных восприятий.

В 1911 году лицо с высшим образованием, живущее в немецком университетском городе, лично мне незнакомое и неизвестного мне возраста, предоставило в мое распоряжение следующий рассказ из своего детства:

«При чтении вашего «Воспоминания детства Леонардо» рассуждения на стр. 29 до 31 пробудили во мне внутреннее желание возразить. Ваше замечание, что мальчиком овладевает интерес к собственным гениталиям, вызвало во мне в ответ замечание: «если таков общий закон, то я во всяком случае исключение». Следующие затем строки (стр. 31 до 32 сверху) я прочел с величайшим изумлением, тем изумлением, которое охватывает при знакомстве с совершенно новыми фактами. Мое изумление прерывается вспоминанием, показывающим мне, к моему удивлению, что этот факт вовсе не должен был бы показаться мне таким новым. В то время, когда я был поглощен моими «инфантильными сексуальными исследованиями», благодаря счастливой случайности мне удалось рассмотреть женские генеталии у маленькой сверстницы моей и я совершенно ясно заметил у нее penis вроде такого, какой был у меня самого... Вскоре после этого, однако, вид женских статуй и «актов» поверг меня в новое недоумение, и я придумал следующий эксперимент, чтобы избежать этого «научного» конфликта: я прятал свои гениталии между ляжками, прижатыми одна к другой и с удовлетворением констатировал, что, таким образом, устранялось различие с женским

«актом». Очевидно, думал я, и у женского «акта» подобным же образом устранены гениталии.

«Здесь всплывает у меня другое воспоминание, казавшееся мне всегда чрезвычайно важным, так как это одно из трех воспоминаний, составляющих все, что сохранилось в моей памяти о моей рано умершей матери. Моя мать стоит у умывальника и моет стаканы и чашку умывальника, а я играю в этой же комнате, проделывая какую-то шалость. В наказание я получаю удар по руке: и тут с величайшим ужасом я вижу, что мой мизинец отпадает и падает прямо в умывальную чашку. Зная, что мать рассержена, я не решаюсь сказать ни слова и с еще большим ужасом вижу, как вслед затем прислуга выносит умывальный таз. Долгое время я был убежден, что лишился пальца, вероятно до того времени, когда я научился считать.

«Это воспоминание, которое,—как упомянуто выше,—казалось мне всегда особенно важным, благодаря его связи с матерью, я часто пробовал истолковать, но ни одно толкование меня не удовлетворяло. Теперь только,— по прочтении вашего сочинения—я угадываю простое удовлетворительное разрешение загадки».

Другой вид fausse reconnaissance к удовлетворению терапевта встречается нередко к концу лечения. После того, как удалось заставить больного принять вытесненное событие по природе своей реальное или психическое, так сказать реабилитировать его, пациент говорит: Теперь у меня ощущение, что я всегда это знал. Этим разрешается аналитическая задача.

О динамике «перенесения».

Неисчерпаемая тема о «вытеснении» недавно обсуждалась в этом «Centralblatte» W. Stekel'ем, в описательной форме. Я хотел бы здесь добавить несколько замечаний, с целью объяснить, каким образом во время психоаналитического лечения обязательно должно возникнуть перенесение и как оно приобретает известную роль во время лечения.

Постараемся понять, что каждый человек, благодаря совместному действию врожденного предрасположения и влияний, оказанных на него в детские годы, приобретает известные особенности в изживании своей любовной жизни, т.-е. требует для этого определенных жизненных условий, изживает определенные влечения и ставит себе определенные цели*). Таким образом, получается, так сказать, одно клише (или несколько клише), которое в течение жизни постоянно повторяется, снова отпечатывается, поскольку это допускают внешние обстоятельства и природа доступных объектов любви, и которое, понятно, не остается совершенно неизменным по отношению к свежим впечатлениям. Наш опыт показал, что только часть

*) В этом месте мы воспользуемся случаем, чтобы защититься от упрека, — являющегося результатом недоразумения, — что мы будто отрицаем значение врожденных (конституциональных) моментов, потому что подчеркиваем значение инфантильных впечатлений. Такой упрек исходит из узости каузальной потребности людей, которая готова удовлетвориться одним только причинным моментом — в полном противоречии с обычным положением вещей в реальности. Психоанализ много высказывался о случайных факторах в этиологии, мало о конституциональных, но только потому, что по поводу первых он мог сказать нечто новое, а по поводу вторых знал сначала не больше, чем обычно известно. Мы отказываемся устанавливать принципиальную разницу между обоими рядами этиологических моментов; наоборот, мы полагаем, что для достижения наблю-

этих определяющих любовную жизнь движений души достигла полного развития; эта часть обращена к реальности, находится в распоряжении сознательной личности и составляет известную долю ее. Другая часть этих либидинозных душевных движений задержалась в своем развитии, отрезана как от сознательной личности, так и от реальности, может развиться только в фантазии или осталась полностью в бессознательном, так что остается совершенно неизвестной сознанию личности. Тот, чья потребность в любви не получает полного удовлетворения в реальности, вынужден обращать на всякое новое лицо, с которым сталкивается, свои либидинозные надежды и весьма вероятно, что в этой направленности участвуют обе части его либидо, как доступные сознанию, так и бессознательные.

Поэтому вполне естественно и понятно, что готовая, находящаяся в выжидательном положении активная сила либидо, частично неудовлетворенного, обращается также и на личность врача. Согласно нашему предположению эта активная сила будет держаться прежних образцов, привяжется к какому-нибудь клише (из имеющихся у означенного лица), или, иначе говоря, она вставит врача в один из психических «рядов», созданных уже прежде больным. Соответственно реальным отношениям к врачу, решающим для такого введения в ряд является imago отца (по счастливому выражению Jung'a) *). Но перенесение не связано только с этим образцом, оно может произойти согласно imago матери, брата и т. д. Особенности перенесения на врача, благодаря которым она по размерам своим и способу выражения переходит границы того, что можно разумно и трезво оправдать, становятся понятными, если принять во внимание, что это перенесение осуществили не

даемого эффекта необходимо регулярное содействие тех и других. Δαίμων καὶ ψυχή определяют судьбу человека; редко,—быть-может, никогда,—только одна из этих сил. Распределение этиологических влияний между теми и другими возможно только индивидуально и в деталях. Ряд, в котором можно расположить меняющиеся величины обоих факторов, несомненно будет иметь и свои крайние случаи. В зависимости от состояния нашего познания мы будем оценивать в каждом отдельном случае конституционную долю или переживания и сохраним за собой право изменить свое суждение с изменением наших взглядов. Впрочем можно решиться видеть в самой конституции осадок случайных влияний на бесконечно большой ряд предков.

*) Symbole und Wandlungen der Libido. Jahrbuch für Psychoanalyse. III. S. 164.

только сознательные ожидания, но и задержанные или бессознательные.

Об этих проявлениях перенесения нечего было бы больше говорить и раздумывать, если бы при этом не остались невыясненными два пункта, представляющие для психоанализа особый интерес. Во-первых, мы не понимаем, почему у невротических лиц перенесение при анализе оказывается гораздо интенсивней, чем у других, не анализируемых, и, во-вторых, остается загадочным, почему при анализе мы встречаем перенесение, в виде сильнейшего сопротивления, между тем как вне анализа в перенесении мы должны признать носителя исцеления,— залог полного успеха. Факт, который можно наблюдать сколько угодно, показывает, что, когда у пациента прекращаются свободные ассоциации *), можно всегда устранить задержку уверением, что больной находится во власти какой-нибудь явившейся у него мысли, касающейся личности врача или чего-то к нему относящегося. Как только дано это объяснение, задержка немедленно устраняется или положение, состоящее в отсутствии ассоциаций, превращается в умалчивание их.

На первый взгляд кажется, что тот факт, что перенесение, составляющее обычно самый сильный рычаг успеха, превращается при психоанализе в сильнейшее средство сопротивления, является для него огромным методическим ущербом. При ближайшем рассмотрении, однако, устраняется, по крайней мере, первая из двух проблем. Неверно, что во время психоанализа перенесение выступает интенсивней и неудержимей, чем вне его. В лечебницах, где нервных больных не лечат психоаналитически, можно наблюдать самые сильные по интенсивности и самые недостойные формы перенесения доходящего до полного подчинения и имеющего несомненную эротическую окраску. Тонкая наблюдательница Gabriele Reuter описала это, когда еще не было психоанализа, в замечательной книге указывающей на глубокое понимание сущности и развитие неврозов **). Эти признаки перенесения приходится поэтому не поставить в счет психоанализу, а приписывать самому неврозу. Вторая проблема остается пока незатронутой.

---

*) Я имею в виду случай, когда они действительно не являются, а не умалчиваются им вследствие банального неприятного чувства.

**) Aus guter Familie 1895.

Теперь мы должны приступить к выяснению этой проблемы, вопроса, почему в психоанализе мы встречаемся с перенесением в виде сопротивления. Представим себе психологическое положение лечения: постоянным и необходимым условием всякого заболевания психоневрозом является процесс, который Jung удачно назвал интроверсией (Introversion) *). Это значит, часть доступного сознанию, обращенного к реальности либидо уменьшается, а настолько же увеличивается часть отвернувшегося от реальности бессознательного, которое разве только может питать фантазию данного лица, но принадлежит системе бессознательного. Либидо подпало (полностью или частично) регрессии и оживило инфантильные Jmagines **). Аналитическое лечение, желая найти либидо, сделать его доступным сознанию и, наконец, предоставить его к услугам реальности, следует за ним туда. Там, где аналитическое исследование натыкается на либидо, скрывшееся в своих тайниках, должна начаться борьба; все силы, вызвавшие регрессию либидо, восстанут против работы в виде «сопротивлений», чтобы сохранить это новое состояние. Если бы интроверсия или регрессия либидо не оправдывалась определенным отношением к внешему миру (в самых общих выражениях: невозможностью удовлетворения) и не была бы для данной минуты даже целесообразной, ее вообще и не было бы. Сопротивления такого происхождения, однако, не единственные и даже не самые сильные. Либидо, находящееся в распоряжении личности, всегда притягивалось бессознательными комплексами (вернее говоря — принадлежащими бессознательному частями этих комплексов) и подверглось регрессии потому, что ослабело притяжение

---

*) Хотя некоторые замечания Jung'а производят впечатление, будто он видит в этой интроверсии нечто характерное для Dementia praecox, не относящееся к другим неврозам.

**) Удобно было бы сказать: оно снова привязалось к инфантильным «комплексам». Но это было бы неверно; оправдать можно было бы только следующую формулировку: бессознательные части этих комплексов. Исключительная запутанность рассматриваемой в этой работе темы соблазняет углубиться в целый ряд соприкасающихся проблем, выяснить которые, собственно говоря, необходимо раньше, чем в точных словах говорить о психических процессах, которые здесь нужно описать. Таковы следующие проблемы: отграничение интроверсии от регрессии, введение учения о комплексах в теорию либидо, отношение фантазирования к сознанию, бессознательному и реальности и др... Не нуждается в извинении то, что в этом месте я отказался от этого соблазна.

реальности. Чтобы освободить его, должно быть преодолено это привлечение со стороны бессознательного, т.-е. должно быть устранено уже давно образовавшееся в индивиде вытеснение бессознательных влечений и их продуктов. От них исходит самая большая часть сопротивления, так часто поддерживающего болезнь даже и тогда, когда отвращение от реальности опять потеряло свое временное основание. Анализу приходится бороться с сопротивлениями из обоих источников.

Сопротивление на каждом шагу сопровождает лечение: каждой мысли, в отдельности являющейся у больного, каждому поступку его приходится считаться с сопротивлениями, так как они являются компромиссом между силами, стремящимися к выздоровлению и указанными противодействующими ему.

Если проследить патогенный комплекс, исходя из того, что его замещает в сознании (или в виде бросающегося в глаза симптома или чего-то едва заметного) до корней его в бессознательном, то скоро доходишь до области, где сопротивление *проявляется так явно, так ясно*, что ближайшая мысль вынуждена с ним считаться и проявиться в виде компромисса между его требованиями и исследовательской работой. Данные опыты показывают, что здесь выступает «перенесение». *Если* что-нибудь из материала комплекса (содержание комплекса) годится для того, чтобы быть перенесенным на личность врача, то появляется это перенесение, проявляется в ближайшей мысли, приходящей в голову и дает о себе знать посредством признаков сопротивления, хотя бы посредством остановки. Из этого факта мы выводим, что эта идея перенесения потому проникла из всех других возможных мыслей в сознание, что отвечает также и сопротивлению. Такой процесс во время психоанализа повторяется бесконечное число раз. Всякий раз, когда приближаешься к патогенному комплексу, в сознание сперва проникает годная для перенесения часть комплекса и защищается с сильнейшим упорством *).

---

*) Из чего, однако, не следует заключать, что избранный для сопротивления в виде перенесения элемент имеет вообще исключительное патогенное значение. Если в бою с особым ожесточением сражаются за обладание какой-нибудь маленькой церковью или отдельным хутором, то из этого вовсе не следует, что эта церковь составляет национальную святыню или в доме хранятся сокровища армии. Ценность объектов чисто тактическая имеет значение только в одной этой битве.

После того, как сопротивление перенесения преодолено, сопротивление других частей комплекса не составляет больше трудности. Чем больше тянется аналитическое лечение и чем яснее больной узнает, что одни только искажения патогенного материала не могут защитить от его раскрытия, тем настойчивее пользуется он тем видом искажения, который очевидно предоставляет ему наибольшие преимущества—искажением посредством перенесения. Такие отношения приводят к положению, при котором, в конце концов, все конфликты должны быть изжиты на почве перенесения.

Таким образом перенесение при аналитическом лечении сначала кажется нам всегда только самым сильным орудием сопротивления, и мы должны сделать заключение, что интенсивность и выдержка перенесения являются действием и выражением сопротивления. Хотя механизм перенесения исчерпывается тем, что оно объясняется готовностью либидо, сохранившего инфантильные Imagin's, привязываться к объектам, но выяснение его роли в лечении удается только тогда, когда подробно выясняется его отношение к сопротивлению.

Почему перенесение особенно годно к тому, чтобы стать средством сопротивления? Казалось бы нетрудно дать ответ. Ведь ясно, что *признание в недопустимом желании* особенно трудно тогда, когда оно делается тому лицу, на которого направлено это душевное движение. Это вынуждение приводит к положениям, кажущимися в действительность невыполнимыми. К этому-то и стремится анализируемый, отождествляя объект своих чувств с врачом. Но если глубже вдуматься, то окажется, что нельзя видеть разрешения проблемы в этом кажущемся преимуществе. Отношение нежной самозабвенной привязанности может ведь, с другой стороны, преодолеть все трудности признания. При аналогичных реальных обстоятельствах обыкновенно ведь говорят: «тебя я не стыжусь, тебе я могу все сказать». Перенесение на врача поэтому могло бы также содействовать облегчению признания, и было бы непонятно почему оно вызывает затруднение.

Ответ на этот неоднократно поставленный здесь вопрос дает не размышление, а опыт при исследовании во время лечения отдельных сопротивлений перенесения. В конце концов, замечаешь, что нельзя понять использования перенесения для сопротивления пока речь идет просто о «перенесении». Нужно

решиться отличать «положительное» перенесение от «отрицательного», перенесение нежных чувств от враждебных и отдельно рассматривать оба вида перенесения на врача. Положительное перенесение разлагается далее на перенесение дружественных или нежных чувств, приемлемых для сознания и на продолжение этих чувств в бессознательном. Анализ показывает, что последние всегда происходят из эротических источников, так что мы приходим к взгляду, что все чувства и отношения, оцениваемые в жизни, как симпатия, дружба, доверие и т. п... генетически связаны с сексуальностью и развились из чисто сексуальных вожделений, благодаря ослаблению сексуальной цели, хотя и представляются нашему внутреннему сознательному восприятию абсолютно чистыми и лишенными чувственности. Первоначально нам были известны только сексуальные объекты, психоанализ показывает нам, что только ценные и уважаемые в нашей реальности лица все еще могут быть сексуальными объектами для бессознательного в нас.

Разрешение загадки состоит следовательно в том, что перенесение на врача годно лишь постольку для сопротивления в лечении, поскольку оно является отрицательным перенесением или положительным перенесением вытесненных эротических душевных движений. Устраняя перенесение тем, что делаем его сознательным, мы освобождаем личность врача только от обоих этих компонентов чувства; другой приемлемый для сознания и не шокирующий компонент остается и становится в психоанализе таким же точно носителем успеха, как и при других методах лечения. В этом смысле мы охотно соглашаемся, что результаты психоанализа покоятся на внушении; необходимо только под внушением понимать то, что видим в нем я и Ferenczi *): воздействие на человека при помощи возможных у него феноменов перенесения. При этом, пользуясь внушением, мы заботимся об окончательной самостоятельности больного, чтобы заставить его проделать психическую работу, имеющую непременным следствием длительное улучшение его состояния.

Можно еще спросить, почему феномены сопротивления перенесения проявляются только при психоанализе, а не при

---

*) Ferenczi — «Inrotjektion und Übertragung Jahrbuch für Psychoanalyse». Bd. I. 1909.

индиферентном лечении, например, в санаториях. Ответ гласит: они и там проявляются, нужно их только признать таковыми. Взрыв отрицательного перенесения случается в санаториях даже очень часто. Как только больной попал во власть отрицательного перенесения, он оставляет санаторий в таком же состоянии, как он был или получает рецидив. Эротическое перенесение не действует в санаториях так парализующе, потому, что как и в жизни, оно там приукрашивается вместо того, чтобы быть вскрытым; оно проявляется, однако, совершенно ясно, как сопротивление против выздоровления, хотя не тем, что ведет к отъезду больного из санатория,— наоборот, оно удерживает его в санатории,—а тем, что держит его вдали от жизни. Для выздоровления ведь совершенно безразлично преодолел ли больной в санатории тот или другой страх или задержку; гораздо важнее, чтобы он был свободен от них в своей реальной жизни.

Отрицательное перенесение заслужило детальное исследование, которому не место в пределах этой статьи. При излечимых формах психоневрозов оно встречается на-ряду с нежным перенесением, часто направленным одновременно на одно и то же лицо; такое положение вещей Bleuler назвал удачным выражением амбивалентность (Ambivalenz) *). Такая амбивалетность чувств до определенной границы вполне нормальна, но высокая степень амбивалетности чувств является, несомненно особенным отличием невротических лиц. При неврозе навязчивости раннее «разделение противоположной пары», повидимому, характеризует жизнь влечений и составляет одно из конституциональных условий этой болезни. Амбивалетность направлений чувств объясняет нам лучше всего способность невротиков предоставлять их перенесения к услугам сопротивления. Там, где способность к перенесению стала, главным образом, отрицательной, как, например, у параноидных, там прекращается возможность оказывать терапевтическое воздействие и вылечить.

Во всем вышеизложенном мы, однако, до сих пор коснулись только одной стороны феномена перенесения; необходимо обратить внимание на другую точку зрения в том же вопросе. У

*) E. Bleuler. Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien in Aschaffenburgs Handbuch der Psychiatrie. 1911. Vortrag. über Ambivalenz in Bern 1910 referiert in diesem Zentralblatt I. p. 266. Тот же феномен W. Stekel предложил раньше назвать биполярностью.

кого сложилось правильное впечатление о том, как анализируемый вырывается из реальных отношений к врачу, как только попал во власть значительного сопротивления перенесения, как больной тогда берет на себя смелость пренебречь основным психоаналитическим правилом, требующим, чтобы говорилось без всякой критики все, что приходит в голову, как больной забывает намерения, с которыми начал лечение, и как ему становятся безразличны логические связи и выводы, оказавшие на него сильнейшее впечатление,—у того возникнет потребность объяснить себе это впечатление еще другими моментами, кроме вышеприведенных; а их действительно недалеко искать; они вытекают из психологического положения, в котором анализируемый очутился благодаря лечению.

В поисках за утраченным сознанием либидо проникаешь в область бессознательного. Вызванные реакции открывают некоторые признаки бессознательных процессов, с которыми мы познакомились благодаря изучению сновидений. Соответственно способности бессознательного проявляться вне времени и в галлюцинаторной форме, бессознательные душевные движения оказываются недоступными воспоминанию, как этого требует лечение, но они стремятся к тому, чтобы быть воспроизведенными. Больной приписывает современность и реальность, как в сновидении, результатам пробуждения его бессознательных душевных движений; он хочет изжить свои страсти, не принимая во внимание реальное положение. Врач хочет его заставить вплести эти чувства в общую связь лечения и историю его жизни подчинить их интеллектуальному рассмотрению и признать их психическую ценность. Эта борьба между врачем и пациентом, между интеллектом и влечениями, между познанием и изживанием разыгрывается исключительно в феноменах перенесения. На этом поле должна быть одержана победа, выражением которой является длительное излечение от неврозов. Несомненно, самые большие трудности для психоаналитика представляет необходимость преодолеть феномены перенесения, но нельзя забывать, что именно они оказывают нам неоценимую услугу, делая действительными и явными скрытые и забытые любовные чувства больного, потому что, в конце концов, никто не может быть убит in absentia или in effigie.

Замечания о «любви в перенесении» (Uebertragungsliebe).

Всякий, начинающий заниматься психоанализом, боится сначала трудностей, ожидающих его при толковании мыслей пациента и задач, возникающих перед ним в связи с воспроизведением вытесненного. Но ему предстоит скоро убедиться в незначительности этих трудностей, но вместо этого понять, что единственные и серьезные трудности вытекают из необходимости овладеть перенесением.

Из всевозможных возникающих тут положений остановлюсь на одном, резко ограниченном, как вследствие частоты его и реального значения, так и вследствие его теоретического интереса. Я имею в виду тот случай, когда пациентка делает совершенно определенные намеки или прямо заявляет, что, как любая смертная женщина, влюбилась в анализирующего ее врача. Такое положение имеет свою как мучительную комическую сторону, так и серьезную: оно настолько запутано и обусловлено многими причинами, так неизбежно и так трудно разрешимо, что обсуждение его уже давно ответило бы жизненному интересу аналитической техники. Но так как мы сами не всегда свободны от ошибок, по поводу которых смеемся над другими, то не очень-то спешили с выполнением этой задачи. Мы всегда сталкиваемся в этом вопросе с долгом врачебной тайны, без которой невозможно обойтись в жизни, но которая в нашей науке трудно выполнима. Поскольку литература психоанализа имеет отношение и к реальной жизни, здесь возникает неразрешимое противоречие. Недавно я в одном месте пренебрег врачебной тайной и намекнул, что такое

же положение перенесения задержало развитие психоаналитической терапии в течение первых десяти лет *).

Для хорошо воспитанного человека из публики или не специалиста — таким является идеальный культурный человек по отношению к психоанализу — любовные дела несравнимы ни с какими другими; они записаны как бы на особом месте, недопускающем никакого другого описания. Если поэтому пациентка влюбилась во врача, то он подумает, что в этом случае для нее возможны только два выхода: более редкий, когда все обстоятельства допускают постоянное законное соединение обоих и более частый, когда врач и пациентка должны разойтись, и начатая работа, имевшая целью исцеление, должна быть оставлена, как нарушенная элементарным событием. Разумеется, мы мыслим и третий исход, который как будто даже совместим с продолжением лечения, вступление в нелегальные и нерассчитанные на вечность определенные любовные отношения; но этот исход невозможен, как благодаря буржуазной морали, так и вследствие врачебного достоинства. И все же всякий, обращающийся к врачу за помощью, будет настаивать, чтобы аналитик его успокоил по возможности самым определенным обещанием, что третий исход совершенно исключается.

Вполне очевидно, что точка зрения психоаналитика должна быть совершенно другой.

Допустим случай второго выхода из положения, о котором идет речь. Врач и пациентка расходятся после того, как пациентка влюбилась во врача; лечение прекращается. Но состояние пациентки делает необходимым вторую аналитическую попытку у другого врача, тут скоро создается такое положение, что больная чувствует, что влюбилась во второго врача и таким же точно образом, если она и тут порвет и начнет снова, то в третьего и т. д... Этот, несомненно, наступающий факт, являющийся, как известно, одним из основных положений аналитической теории, может быть использован двояким образом: в отношении анализирующего врача и в отношении нуждающейся в анализе пациентки.

Для врача он имеет значение очень ценного указания и хорошего предупреждения против возможного у него ответного перенесения. Он должен признать, что влюбленность пациентки

*) К истории психоаналитического движения.

вынуждена аналитическим положением и не может быть приписана превосходству его особы и что у него нет никакого основания гордиться таким «завоеванием», как это назвали бы вне анализа. Об этом никогда не мешает напомнить. А для пациентки создается альтернатива: или она должна отказаться от психоаналитического лечения или должна примириться с влюбленностью во врача, как с неизбежной участью *).

Я не сомневаюсь в том, что родные пациентки решатся на первую из двух возможностей, между тем, как врач стоит за вторую возможность. Но я думаю, что в этом случае решение не должно быть предоставлено нежной — или вернее эгоистически ревнивой — заботливости родных. Решающим моментом должны быть интересы больной. А любовь родных не может вылечивать невроз. Психоаналитику не зачем навязывать себя, но он может указать, что в некоторых отношениях он незаменим. Те из родных которые согласны с отношением Толстого к этой проблеме, могут остаться в полном обладании женой или дочерью, но должны постараться примириться с тем, что у них останется невроз и связанное с ним нарушение способности любить. В конце концов, происходит то же самое, что при гинекологическом лечении. Впрочем, ревнивый отец или муж жестоко ошибаются, думая, что пациентка избежит влюбленности во врача, если для избавления от ее невроза она приступит по его настоянию к какому-нибудь другому не аналитическому лечению. Вся разница состоит лишь в том, что подобная влюбленность, которой предстоит остаться невысказанной и не анализируемой, никогда не окажет такого содействия выздоровлению больной, как это заставляет сделать анализ.

Мне известно, что некоторые врачи, применяющие анализ часто подготовляют пациенток к появлению любовного перенесения и даже приглашают их «постараться только влюбиться во врача, чтобы анализ лучше подвигался вперед». Более бессмысленной техники я не могу себе представить. Этим отнимается у данного явления убедительный характер самопроизвольности и создаются трудности, которые нелегко одолеть.

Сначала, правда, не похоже на то, что влюбленность в перенесении может дать что-нибудь полезное для лечения. Па-

---

*) Известно, что перенесение может проявиться и другими, менее нежными чувствами, но в настоящей статье вопрос об этом не может быть затронут.

циентка, даже самая послушная до того, вдруг лишилась понимания и интереса к лечению, не хочет ни слышать, ни говорить ни о чем, кроме своей любви, и требует ответной; она отказалась от своих симптомов или не обращает внимания на них, она объявляет себя даже здоровой. Вся сцена совершенно меняется, как будто бы игра сменилась ворвавшейся внезапно действительностью, словно пожар, вспыхнувший во время театрального представления. Кому, как врачу, первый раз приходится переживать подобное, тому нелегко сохранить аналитическое положение и не поддаться ошибке, что лечению действительно пришел конец.

Одумавшись, можно найтись и в этом положении. Первым делом нельзя забывать, что все, мешающее продолжению лечения, может быть выражением сопротивления. Несомненно, что сопротивление принимает большое участие в возникновении бурных любовных требований. Ведь признаки нежного перенесения были уже давно заметны у пациентки, и ее послушание и ее податливость на все объяснения анализа, ее прекрасное понимание и высокую интеллигентность, проявляемую ею при этом, приходилось приписать ее направленности по отношению к врачу. Вдруг это все как бы унесено ветром. Пациентка перестала чтобы то ни было понимать, она вся как будто ушла в свою влюбленность, и это превращение выступает в определенный момент, как раз тогда, когда нужно ее заставить сознаться или вспомнить особенно неприятный и вытесненный отрывок из ее жизни. Влюбленность была уже раньше, давно, но теперь сопротивление начинает пользоваться ею, чтобы задержать продолжение лечения, чтобы отвлечь весь интерес от работы, и чтобы поставить анализирующего врача в положение мучительного смущения.

Если поближе присмотреться, то можно в этом положении заметить также влияние осложняющих мотивов, отчасти присоединяющихся к влюбленности а отчасти — особых видов выражения сопротивления. К мотивам первого рода относятся стремления пациентки убедиться в своей неотразимости, подорвать авторитет врача, принизив его до положения возлюбленного и всем, чтс кажется возможным воспользоваться при любовном удовлетворении. Можно допустить, что сопротивление пользуется объяснением в любви, как средством, чтобы испытать строгого аналитика, после чего в случае благосклонного

ответа с его стороны он может ожидать, что будет поставлен на место. Но больше всего получается впечатление, что сопротивление agent provocateur усиливает влюбленность и преувеличивает готовность отдаться, чтобы потом тем настойчивее оправдать действие вытеснения ссылкой на опасность подобной невоздержанности. Все эти надстройки, которые в чистых случаях могут и не быть, были приняты, как известно, Alf. Adler'ом за сущность всего процесса.

Но как должен вести себя аналитик, чтобы не потерпеть неудачи при таком положении, если для него несомненно, что лечение необходимо продолжать, несмотря на такое любовное перенесение, и перешагнуть через него?

Нетрудно настоятельной ссылкой на общепринятую мораль доказать, что аналитик никогда и никоим образом не должен ответить или принять предлагаемую ему нежность. Наоборот, он должен считать момент подходящим для того, чтобы отстаивать перед влюбленной женщиной нравственные требования и необходимость отказа и добиться от нее, чтобы она прекратила свои требования и продолжала аналитическую работу, преодолев животную часть своего «я».

Но я должен разочаровать в подобном ожидании, как в первой, так и во второй части. В первой части, потому, что я пишу не для клиентов, а для врачей, которым предстоит бороться с тяжелыми трудностями, и кроме того, еще потому, что в данном случае я могу предписание морали свести к его происхождению, т.-е. к целесообразности. На этот раз я нахожусь в счастливом положении, имея возможность заменить требования морали требованиям аналитической техники, не изменяя при этом результатов.

Но еще решительней я откажусь от второй части вышеуказанного предположения. Требовать подавления влечения отказа от удовлетворения и сублимирования, когда пациентка созналась в своем любовном перенесении, значило бы поступить неаналитически, а бесмысленно. Это было бы то же самое, как, если бы искусственными заклинаниями старались вызвать из преисподней духа и затем, ни о чем его не спросив, отправили бы его обратно. Ведь в таком случае довели бы вытесненное до сознания только для того, чтобы, испугавшись, снова его вытеснить. Нельзя также обманывать себя и относительно успеха такого образа действия. Как известно, против

страстей мало что сделаешь прекрасными речами. Пациентка почувствует только обиду и не преминет отомстить за нее.

Также мало могу советовать избрать серединный путь, который иному покажется особенно разумным, и который состоит в том, что говоришь, что будто отвечаешь на нежные чувства пациентки, избегая при этом всяких физических проявлений этой нежности, пока не удается установить спокойные отношения и поднять их на более высокую ступень. На это средство я могу возразить, что психоаналитическое лечение зиждется на правде. В этом заключается значительная доля его воспитательного влияния и этической ценности. Опасно покидать этот фундамент. Кто хорошо освоился с аналитической техникой, тот не в состоянии прибегать к неизбежной для врача иной раз лжи и надувательству и обыкновенно выдает себя, если иногда с самыми лучшими намерениями пытается это сделать. Так как от пациента требуется полнейшая правда, то рискуешь всем своим авторитетом, если попадаешься сам на том, что отступил от правды. Кроме того, попытка пойти навстречу нежным чувствам пациентки не совсем безопасна, невозможно так хорошо владеть собой, чтобы не пойти иной раз вдруг дальше, чем сам того хотел. Я думаю поэтому, что не следует отрицать равнодушия, до которого дошел, благодаря своей сдержанности в ответном перенесении.

Я уже намекнул на то, что аналитическая техника возлагает на врача обязанность отказать жаждущей любви пациентке в требуемом удовлетворении. Лечение должно быть проведено в воздержании. Я подразумеваю под этим не только физическое воздержание и лишение всего, чего больной желает, потому что этого не перенес бы никакой пациент. Но я хочу выдвинуть основное положение, что необходимо сохранить у больного потребность и тоску, как силы, побуждающие к работе и изменению, и не допустить того, чтобы они отчасти были успокоены суррогатами. Ведь нельзя предложить больным ничего, кроме суррогатов, так как вследствие своего состояния, пока не устранены вытеснения, больные не способны получить настоящее удовлетворение.

Сознаемся в том, что основное положение, требующее чтобы аналитическое лечение было проведено в воздержании, гораздо шире рассматриваемого здесь одиночного случая и требует детального обсуждения, чтобы очертить границы его

осуществимости. Но мы не хотим этого делать здесь и по возможности будем строго придерживаться того положения, из которого исходили. Что случилось бы, если бы врач поступил иначе и воспользовался бы обоюдной свободой, чтобы ответить на любовь пациентки и удовлетворить ее потребности в нежности?

Если бы он захотел при этом руководствоваться расчетом, что такими уступками он обеспечит себе влияние над пациенткой и таким образом заставит ее разрешить задачи лечения, т.-е. навсегда освободит от невроза, то опыт покажет ему, что расчеты его неправильны. Пациентка достигла бы своей цели, а он своей — никогда. Между врачем и пациенткой разыгралась бы только сцена, какая рассказывается в смешном анекдоте о пасторе и о страховом агенте. К неверующему и тяжело больному агенту, по настоянию родных, приглашается благочестивый муж, чтобы перед смертью обратить его в веру. Беседа длится так долго, что у ожидающих родных явилась надежда. Наконец открывается дверь из комнаты больного. Неверующий в веру обращен не был, но пастор ушел застрахованный.

Для пациентки было бы большим триумфом, если бы ее любовные домогательства нашли ответ, но для лечения — полное поражение. Больная достигла бы того, к чему стремятся все больные в анализе: что-то совершить, воспроизвести что-то в жизни, что она должна была бы только вспомнить, воспроизвести, как психический материал и сохранить в психической области *). В дальнейшем течении любовной связи она проявила бы все задержки и патологические реакции своей любовной жизни, но корректура их уже не была бы возможной и закончила бы мучительное переживание тяжелым раскаянием и большим усилением своей склонности к вытеснению. Любовная связь кладет конец возможности оказать воздействие при помощи аналитического лечения; соединение обоих — бессмыслица.

Уступка любовным требованиям пациентки, таким образом также опасна для анализа, как и подавление их. Путь аналитика иной, такой, которому нет примера в реальной жизни. Нужно не уклоняться от любовного перенесения, не отпуги-

*) См. статью: «Воспоминание, воспроизведение и переработка».

вать его и не ставить пациентке препятствий в этом отношении: точно так же нужно стойко воздерживаться от всяких ответных проявлений на него. Нужно крепко держаться любовного перенесения, но относиться к нему как к чему-то нереальному, как к положению, через которое нужно пройти в лечении, которое должно быть сведено к первоначальным источникам своим и которое должно помочь раскрыть сознанию больной самое сокровенное из ее любовной жизни. Чем больше производишь впечатления, что сам далек от всякого искушения, тем скорее удается извлечь из этого положения все его аналитическое содержание. Пациентка, сексуальное вытеснение которой еще неустранено, а только отодвинуто на задний план, почувствует себя тогда достаточно уверенной, чтобы проявить все условия любви, все фантазии ее сексуальной тоски, все детальные черты ее влюбленности и, исходя из них, сама сможет открыть путь к инфантильным основам ее любви.

У одного типа женщин, однако, эта попытка сохранить любовное перенесение для аналитической работы, не удовлетворив его, потерпит неудачу. Это—женщины с элементарной страстностью, не допускающей никаких суррогатов, дети природы, не желающие брать психическое вместо материального, которым, по словам поэта, доступны только «логика супа и аргументы галушек». У таких лиц стоишь перед выбором: или проявить ответную любовь или навлечь на себя всю ненависть отвергнутой женщины. Но ни в одном из этих случаев невозможно соблюсти интересы лечения. Приходится безуспешно отказаться от лечения и задуматься над вопросом, как возможны соединения наклонности к неврозу с такой неукротимой потребностью в любви.

Способ, как заставить постепенно притти к аналитическому пониманию других менее активных влюбленных выработался у многих аналитиков одинаковым образом. Прежде всего, нужно подчеркнуть очевидное участие сопротивления в этой «любви». Действительная влюбленность сделала бы пациентку уступчивой, повысила бы ее готовность разрешить проблемы ее случая только потому, что этого требует любимый человек. Такое чувство охотно избрало бы путь к окончанию лечения, чтобы поднять свою цену в глазах врача и подготовить такую реальность, в которой любовь могла бы иметь место. Вместо этого пациентка оказывается своенравной и непослушной, по-

теряла всякий интерес к лечению и явно показывает отсутствие всякого уважения к глубоко обоснованным убеждениям врача. Она, следовательно, воспроизводит сопротивление в форме влюбленности и не задумывается перед тем, чтобы поставить врача в положение так называемой «двойной мельницы» *). Потому что, если он отклонит ее любовь, — что его заставляет делать долг и убеждения, — она сможет разыграть отвергнутую и отказаться от лечения у него из чувства мести и огорчения, как теперь это хочет сделать, вследствие мнимой влюбленности.

Вторым доказательством, что любовь эта не настоящая, может послужить утверждение, что чувство это не имеет ни одной новой черты, вытекающей из настоящего положения, а составлено исключительно из повторений и оттисков прежних, также инфантильных, реакций. Берешь на себя обязательство доказать это детальным анализом любовных проявлений пациентки.

Если к этим доказательствам прибавить еще некоторое количество терпения, то большей частью удается преодолеть трудность положения и продолжать работу с более умеренной или «опрокинутой» влюбленностью, с целью открыть инфантильный выбор объекта и окружающие его фантазии. Я однако, хотел бы критически разобрать доводы и обсудить вопрос — говорим ли мы этим пациентке правду, или необходимость заставляет нас прибегнуть к помощи недомолвок или искажений. Другими словами: действительно ли нельзя считать реальной влюбленность, проявляющуюся во время аналитического лечения?

Я полагаю, что мы сказали пациентке правду, но не всю, не думая о последствиях. Из наших обоих доводов первый — наиболее сильный. Участие сопротивления в любовном перенесении — неоспоримо и очень значительно. Но ведь сопротивление не создало этой любви, оно находит ее уже готовой, пользуется только ею и преувеличивает ее проявление. И сопротивление также не лишает этого феномена характера чего-то настоящего. Второй наш довод — гораздо слабее; несомненно, эта влюбленность представляет собою новое издание старых черт и воспроизводит инфантильные реакции. Но ведь это существенный признак всякой влюбленности. Не бывает влюбленности, не воспроизводящей инфантильный образец; именно то, что составляет навязчивый, напоминающий пато логический

*) Род игры. *Примечан. переводчика.*

характер влюбленности, происходит от ее инфантильной обусловленности. Любовное перенесение может быть в известной степени менее свободно, чем бывающее в жизни и называемое нормальным, яснее показывает зависимость от инфантильного образца, оказывается менее гибким и изменчивым, но это все и не самое важное.

По чему можно вообще узнать истинность любви? По тому ли, на что она способна, по пригодности ее к достижению любовной цели? В этом отношении любовное перенесение не отстает, как кажется, ни от какой другой любви. Получается впечатление, что от нее можно всего добиться.

Итак, резюмируем: нет никакого основания оспаривать характер настоящей любви у влюбленности, проявляющейся во время аналитического лечения. Если она кажется так мало нормальной, то это вполне объясняется тем, что и обычная влюбленность, вне аналитического лечения, скорее напоминает ненормальные, чем нормальные душевные феномены. Но все же она отличается некоторыми чертами, укрепляющими за ней особое место. Она во-1-х, вызвана аналитическим положением, во-2-х, усилена сопротивлением, преобладающим в этом положении, и, в-3-х, она в высокой степени не принимает во внимание реальности, она менее умна, меньше задумывается над последствиями, ослепленнее в оценке любимого человека, чем это допустимо в нормальной влюбленности. Но нельзя забывать, что именно эти, отступающие от нормы черты, составляют сущность влюбленности.

Для поведения врача решающей оказывается первая из трех упомянутых особенностей любовного перенесения. Он вызвал эту влюбленность введением в аналитическое лечение для исцеления невроза; для него она является неизбежным результатом врачебного положения, подобно физическому обнажению больного или — сообщению жизненно-важной тайны. Отсюда для него несомненно, что он не должен извлекать из него личных выгод. Готовность пациентки ничего в этом не меняет, а только взваливает всю ответственность на него. Ведь больная, как он должен знать, не ожидала никакого другого механизма исцеления. После счастливого преодоления всех трудностей она часто сознается в своей фантазии, с которой начала лечение: если она будет себя хорошо вести, то под конец получит в награду нежность врача.

Для врача соединяются этические и технические мотивы, чтобы удержать его от ответной любви; он не должен терять из виду поставленную себе цель, чтобы женщина, ограниченная инфантильной фиксацией в своей способности любить, получила возможность свободно распоряжаться этой чрезвычайно ценной и важной функцией, не истратив ее во время лечения, а сохранив ее для реальной жизни на тот случай, если бы жизнь после лечения предъявила к ней такие требования. Он не должен разыграть с ней сцены собачьих гонок, при которых, как приз, выставляется венок, сплетенный из колбасы, и который какой-нибудь шутник портит тем, что бросает на ипподром отдельную колбасу. Собаки бросаются на нее и забывают о гонках и о венке, манящем вдаль победителя. Я не стану утверждать, что врачу всегда легко держаться в этих предписанных ему этикой и техникой пределах, в особенности для молодого и свободного еще мужчины такая задача может казаться очень тяжелой. Несомненно, что половая любовь составляет одно из главных содержаний жизни, и соединение душевного и физического удовлетворения в любовном наслаждении является самым высшим содержанием ее. Все люди за исключением немногих чудаков-фанатиков и устраивают соответственно свою жизнь, только в науке стесняются это признать. С другой стороны для мужчины мучительна роль отвергающего и отказывающего, когда женщина ищет любви, и от благородной женщины, сознающейся в своей страсти, исходит, несмотря на невроз и сопротивление, несравненное очарование. Не грубо чувственное требование пациентки составляет искушение,—оно действует скорее отталкивающим образом и нужна большая терпимость, чтобы считаться с этим, как с естественным феноменом. Более тонкие и сдержанные проявления желания женщины скорее являются опасными и могут заставить забыть технику и врачебный долг ради прекрасного переживания.

И все-таки уступка для аналитика исключается. Как высоко он не ценит любовь, он еще выше должен поставить случай, дающий ему возможность поддержать пациентку в решающий момент ее жизни. Она должна научиться у него преодолению принципа наслаждения, отказу близкого и доступного, но социально недопустимого удовлетворения в пользу более далекого, может быть, вообще более отдаленного, может быть, вообще не вполне достоверного, но психологически и социально безу-

пречного. Для этого преодоления она должна пройти через самые первые периоды ее душевного развития и на этом пути приобрести, то увеличение душевной свободы, которой сознательная душевная деятельность — в систематическом смысле — отличается от бессознательной.

Таким образом, психоаналитическому терапевту приходится вести троякую борьбу: с самим собой против сил, старающихся свести его с аналитического уровня; вне анализа против противников, оспаривающих значение сексуальных влечений и запрещающих ему пользоваться ими в его научной технике, и в анализе против пациентов, которые сначала держат себя как противники, а затем проявляют имеющую над ним власть переоценку сексуальной жизни и желающих пленить врача своей неукротимой — в социальном отношении — страстностью.

Публика, об отношении которой к психоанализу я говорил вначале, воспользуется вышеизложенным о любовном перенесении, как предлогом, чтобы обратить внимание света на опасности этой терапевтической методы. Психоаналитик знает, что работает с самым взрывчатым материалом и что должен соблюдать такую же осторожность и совестливость, как химик. Но разве химику запрещались когда-либо работы с нужными, благодаря их действию, взрывчатыми веществами вследствие связанной с ними опасности? Замечательно, что психоанализу приходится завоевывать все свободы, уже давно разрешенные другим видам врачебной деятельности. Я не стою за то, чтобы безобидные методы лечения были оставлены. Они вполне достаточны для некоторых случаев, и, в конце-концов, человеческое общество также мало нуждается в furor sanandi, как в каком либо другом фанатизме. Но мнение, что психоневрозы должны быть устраня мы при помощи операции с безобидными средствами, объясняется жестокой недооценкой происхождения этих болезней и их практического значения. Нет, в врачебных мероприятиях всегда, на-ряду с «medicina», останется место и для «ferrum» и для «ignis» а потому останется необходимым и правильный неослабленный психоанализ, который не боится оперировать с самыми опасными душевными движениями и распоряжаться ими для блага больного.

Советы врачу при психоаналитическом лечении.

Предлагаемые мною здесь технические правила являются результатом собственного многолетнего опыта, после того как я, благодаря личным неудачам, должен был отказаться от других путей в терапии. Легко заметить, что эти правила, по крайней мере, многие из них сводятся к одному требованию. Надеюсь, что, принимая их во внимание, врачи, занимающиеся психоанализом, избегнут многих бесполезных усилий и предупредят кое-какие ошибки; но должен определенно заявить, что такая техника оказалась единственно целесообразной для моей индивидуальности; не смею отрицать, что личность врача другого склада может предпочесть другую направленность по отношению к больному и к задачам, которые предстоит разрешить.

а) Первая задача, возникающая перед аналитиком, принимающим в течение дня больше одного больного, покажется ему и самой трудной. Она состоит в том, чтобы запомнить все те бесчисленные имена, даты, подробности воспоминаний, мысли, приходящие в голову больному, и продукты болезни во время лечения, которые больной рассказывает в течение месяцев и лет, и не смешивать их с подобным же материалом, относящимся к анализируемым прежде или одновременно пациентам. Если же необходимо ежедневно анализировать шесть, восемь или даже больше больных, то память, которой это удается, вызовет у посторонних недоверие, подозрение или даже сожаление. Во всяком случае любопытно будет познакомиться с техникой, дающей возможность одолеть такое множество фактов, и мы полагаем, что она должна пользоваться особыми приемами.

Однако эта техника очень проста. Она, как мы услышим, не прибегает ни к каким вспомогательным приемам, не пользуется даже записями и состоит просто в том, чтобы не стараться ничего особенно запоминать и проявлять такое же «равномерное внимание», как я это однажды уже назвал, ко всему что приходится выслушать. Таким образом, не приходится напрягать особенно внимание — что совершенно невозможно делать в течение многих часов — и избегают опасности, неизбежной при нарочитом запоминании. Как только намеренно напрягаешь внимание до определенной высоты, начинаешь делать выбор из доставляемого материала; одно запоминаешь особенно остро, на другое не обращаешь совсем внимания, следуя при таком выборе собственным ожиданиям или склонностям. Но именно этого-то и не нужно; если при выборе следуешь собственным ожиданиям, то грозит опасность никогда не найти ничего другого, кроме того, что уже знаешь; если следуешь своими склонностям, то, наверное, исказишь то, что можно было бы узнать. Никогда нельзя забывать, что большей частью приходится слышать вещи, значение которых узнаешь только впоследствии.

Вполне очевидно, что правило запоминать одинаково все вполне соответствует требованию, предъявляемому к анализируемому, — рассказывать без критики все, что ему приходит в голову. Если врач поступает иначе, то он уничтожает значительную часть пользы, вытекающей из того, что пациент строго исполняет это «главное психоаналитическое правило». Правило для врача можно формулировать так: необходимо устранить всякое сознательное воздействие на свою способность запоминать и всецело отдаться своей «бессознательной памяти», или, выражаясь технически: нужно слушать и не заботиться о том, запоминаешь ли что-либо.

Достигнутое таким образом отвечает всем требованиям во время лечения. Части материала, имеющие уже общую связь, остаются также и вполне сознательно в распоряжении памяти врача; остальное, еще бессвязное, хаотически беспорядочное, сперва кажется забытым, но как только анализируемый рассказывает что-нибудь новое, с чем его можно привести в связь, или что можно рассматривать, как его продолжение — оно всегда готово всплыть в памяти. С улыбкой выслушиваешь неожиданный комплимент анализируемого по поводу «исключительно

хорошей памяти», когда по истечении долгого времени вспомнишь подробность, которую, вероятно, забыл бы при сознательном намерении зафиксировать ее в памяти.

Ошибки в этом запоминании бывают только тогда и в таком месте, когда мешают личные отношения (см. ниже), когда, следовательно, отступаешь жестоким образом от идеала аналитика. Очень редко бывает, что путаешь материал с материалом другого больного. При споре с анализируемым о том, сказал ли он какую-нибудь подробность, и как это было, врач оказывается большей частью правым *).

b) Я не могу рекомендовать делать большие заметки во время сеанса с анализируемым, вести протоколы и т. п.. Независимо от того неприятного впечатления, которое производит на некоторых пациентов, это неприемлемо с тех же точек зрения, о которых мы говорили при запоминании. Записывая или стенографируя, делаешь по необходимости вредный выбор из материала, а кроме того, занимаешь часть собственной душевной деятельности, которая должна найти лучшее применение в толковании слышанного. Без особого упрека можно допустить исключение из этого правила для дат, текстов, сновидений или отдельных замечательных результатов, которые удается легко выделить из общей связи, и которыми можно воспользоваться самостоятельно, как примерами. Но я обыкновенно и этого не делаю. Примеры я записываю вечером, по окончании работы, по памяти; интересующие меня тексты сновидений я поручаю зафиксировать пациентам после того, как они их рассказывают.

c) Записи во время сеанса с больным могли бы оправдываться намерением опубликовать случай с научной целью. Против этого принципиально вряд ли можно возражать. Но не следует забывать, что в аналитической истории болезни точные протоколы дают меньше, чем от них ждут. Строго говоря, они относятся к той псевдоточности, по поводу которой «современная психиатрия» дала нам несколько замечательных

*) Анализируемый часто утверждает, что сделал уже раньше какое-нибудь сообщение, между тем как спокойно, сознавая свое превосходство, можно его уверить, что это сообщение сделано теперь впервые. Тогда оказывается, что анализируемый когда-то прежде намеревался сказать это, но выполнить это намерение помешало существовавшее сопротивление. Воспоминание об этом намерении слилось у него с воспоминанием об исполнении его.

примеров. Обыкновенно они утомительны для читателя и все же не в состоянии заменить для него присутствие при анализе. Мы вообще заметили, что, если читатель хочет верить аналитику, то оказывает ему кредит и в отношении той легкой обработки, которую он проделал над своим материалом; но если он не хочет считаться серьезно ни с анализом, ни с анализируемым, то не обращает внимания и на точные протоколы лечения. Это, как кажется, не тот путь, которым можно помочь против недостаточной доказательности, какую находят в психоаналитических описаниях.

d) Хотя тот факт, что при аналитической работе исследование и лечение совпадают, составляет особенности, которыми хвалится психоанализ, однако техника, имеющая целью исследование, с известного момента несовместима с техникой лечения. Нехорошо обрабатывать научно случай до того, как его лечение закончено, восстановлять его конструкцию, стараться угадать дальнейший ход его, от времени до времени составлять настоящий статус, как того требуют научные интересы. В случаях, которые наперед решаешь научно использовать и соответственным образом ведешь, страдает успех; наоборот, лучше всего удаются те случаи, при которых поступаешь без всякой преднамеренности, поражаешься каждому неожиданному обороту их течения и относишься без всякой преднамеренности и спокойно. Самое правильное поведение со стороны аналитика должно состоять в том, чтобы по мере надобности переходить с одной психической направленности к другой, не слишком раздумывать и мудрить, пока он анализирует, и подвергнуть полученный материал синтетической обработке только тогда, когда анализ закончен. Различие между обеими направленностями не имело бы значения, если бы мы уже обладали полным или хотя бы самым существенным знанием психологии бессознательного и структуры неврозов, какое мы могли бы приобрести из психоаналитической работы. В настоящее время мы еще далеки от этой цели и не можем закрывать себе пути для проверки уже известного и открытия нового.

e) Я не могу достаточно настойчиво рекомендовать товарищам во время психоаналитического лечения брать в пример хирурга, отбрасывающего в сторону все свои аффекты и даже человеческое сострадание и направляющего все свои душевные силы к одной цели—сделать операцию, как можно искус-

ней. Для психоаналитика при существующих теперь условиях самым опасным становится одно аффективное стремление — терапевтическое честолюбие, желание совершить своим новым и много оспариваемым средством нечто такое, что могло бы убедить других. Этим он не только себя приводит в неблагоприятное для работы душевное состояние, но оказывается беспомощным против некоторых сопротивлений больного, от соотношения душевных сил которого зависит в первую очередь выздоровление. Оправдание этой холодности чувств, требуемой от аналитика, заключается в том, что она создает благоприятное условие для обеих сторон: она желательным образом щадит аффективную жизнь врача и создает максимум работоспособности, возможной в настоящее время для оказания помощи больному. Любимой поговоркой одного старого хирурга были следующие слова: «Je le pansai, Dieu le guérit». Чем-то подобным должен был бы удовлетвориться и аналитик.

f) Нетрудно угадать, к какой цели ведут все эти изложенные в отдельности правила. Все они стремятся к тому, чтобы создать у врача состояние, соответствующее установленным «основным психоаналитическим правилам» для анализируемого. Подобно тому, как анализируемый должен все говорить, что улавливает в себе путем самонаблюдения, воздерживаясь от каких бы то ни было логических и аффективных возражений, подсказывающих ему делать выбор в его мыслях, так и врач должен быть в состоянии использовать все, что ему говорится, в целях толкования, познания скрытого, бессознательного, не заменяя выбора, от которого отказался больной, благодаря собственной цензуре;—формулируя короче: он должен обратить свое собственное бессознательное, как воспринимающий орган, дающему бессознательному больного, воспринимать анализируемого, как приемник—телефона, воспринимающая мембрана. Подобно тому, как приемник превращает снова в звуковые волны электрические колебания тока, возбужденные звуковыми волнами, так и бессознательное врача должно быть способно восстановить бессознательное больного, пользуясь сообщенными ему отпрысками этого бессознательного, детерминирующего мысли, которые больному приходят в голову.

Но для того, чтобы врач был в состоянии таким образом пользоваться своим бессознательным, как инструментом при анализе, он сам должен широко отвечать одному психологи-

ческому условию. Он не должен допускать в себе никаких сопротивлений, не допускающих в его сознание то, что узнается его бессознательным; в противном случае он внесет в анализ новый вид выбора и искажения, которые могут оказаться гораздо вреднее, чем вызванные напряжением его сознательного внимания. Для этого недостаточно, если он сам приблизительно нормальный человек: нужно выдвинуть требование, чтобы он подвергся психоаналитическому очищению и знал о тех собственных комплексах, которые могли бы мешать ему в его понимании того, что дает ему анализируемый. В дисквалифицирующих влияниях его собственных дефектов не может быть никакого сомнения; каждому неразрешенному вытеснению у врача соответствует, по удачному выражению W. Stekel'я «слепое пятно» в его аналитическом восприятии.

Несколько лет тому назад на вопрос, как можно стать аналитиком, я отвечал: посредством анализа собственных сновидений. Понятно, для многих лиц такая подготовка достаточна, но не для всех, желающих изучить анализ. Не всем также удается истолковать свои собственные сновидения без чужой помощи. Я причисляю к прочим многочисленным заслугам цюрихской аналитической школы и то, что она выдвинула более тяжелые условия, а именно, что всякий, желающий совершать анализ над другими, должен предварительно сам подвергнуться анализу у специалиста. Кто смотрит на дело серьезно, тот должен избрать этот путь, обещающий больше, чем одно преимущество; жертва, состоящая в том, что без необходимости, вызванной болезнью, вполне открываешься постороннему человеку,—богато вознаграждается. Таким образом не только удается в гораздо более короткий срок и с меньшими аффективными усилиями осуществить свое намерение—познать скрытое в самом себе, но получаешь на самом себе такие впечатления и доказательства, каких напрасно искал бы, изучая книги и слушая лекции. Наконец, нужно высоко ценить и выгоду от длительных душевных отношений, которые обыкновенно устанавливаются между анализируемым и тем, кто ведет анализ.

Подобный анализ практически здорового человека останется, понятно, незаконченным. Кто умеет высоко ценить приобретенное таким образом сам познание и повышенное самообладание,— будет и в дальнейшем продолжать аналитическое

исследование своей личности в виде самоанализа и охотно примирится с тем, что его ждут, как в самом себе, так и вне его, все новые находки. Но кто, как аналитик, пренебрег осторожностью собственного анализа, тот будет наказан не только тем, что окажется неспособным узнать от своих больных что-нибудь свыше определенной меры; он подвергается также серьезной опасности, которая может стать опасностью и для других, он легко подвергается искушению проецировать в науку, как общую теорию, те особенности, которые он познал о собственной личности путем неясного самопознания, он дискредитирует психоаналитический метод и введет в заблуждение неопытных.

g) Добавляю еще некоторые другие правила, которые служат переходом от направленности врача к лечению анализируемого.

Для молодого и ревностного психоаналитика соблазнительно отдать много из собственной индивидуальности, чтобы увлечь больного и поднять его за пределы его собственной личности. Можно подумать, что вполне допустимо и даже целесообразно, чтобы врач давал возможность больному заглянуть в собственные душевные конфликты с целью облегчить ему преодоление существующих у него сопротивлений и дружескими рассказами о собственной личности врача дать возможность больному сделать то же самое. Доверие заслуживает доверие, и, кто требует от другого интимности, должен отплатить ему тем же.

Однако в психоаналитических отношениях многое происходит иначе, чем мы бы могли это ждать, исходя из положений психологии сознания. Опыт не говорит в пользу подобной аффективной техники. Нетрудно также понять, что при такой технике уходишь от психоаналитической почвы и приближаешься к лечению внушением. Таким путем достигаешь скорее того, что пациент легче рассказывает известное ему, и что он еще некоторое время скрывал бы, благодаря сопротивлению, вытекающему из житейских условностей. Для вскрытия бессознательного у больного эта техника ничего не дает, она делает больного только еще менее способным преодолеть более глубокие сопротивления; и она всегда оказывается несостоятельной в более тяжелых случаях благодаря проснувшейся ненасытности больного, желающего перевернуть взаимоотно-

шения и находящего анализ врача более интересным, чем его собственный. Затрудняется также разрешение перенесения—одной из главных задач лечения—благодаря интимной направленности врача, так что некоторая выгода вначале,—в конечном результате, ведет к проигрышу. Я поэтому стою за то, чтобы отказаться от подобного рода техники, как от ошибочной. Внутренняя жизнь врача должна оставаться для анализируемого неизвестной, он должен, как зеркало, отражать только то, что ему показывает больной. Практически ничего нельзя возразить против того, если психотерапевт соединяет часть анализа с некоторой долей суггестивного воздействия, чтобы в более короткое время достичь заметного успеха, как это, например, бывает необходимо в санаториях. Но в таком случае необходимо, чтобы у самого врача не было никаких сомнений относительно того, что он делает, и чтобы он знал, что его метод не настоящий психоанализ.

h) Другое искушение вытекает из воспитательной деятельности, которая при психоаналитическом лечении выпадает на долю врача помимо его желания. При разрешении задержек в развитии само собою случается так, что врач оказывается вынужденным указать новые цели освободившимся душевным стремлениям. Вполне понятны с его стороны честолюбивые старания сделать из лица, на освобождение которого от неврозов он потратил столько трудов, нечто особенно прекрасное, и предписать высокие цели его желаниям. Но и тут врач должен владеть собой и руководствоваться не столько собственными желаниями, сколько склонностью анализируемого. Не все невротики обладают большим талантам к сублимированию; относительно многих из них можно предположить, что они вообще не заболели бы, если бы владели искусством сублимировать свои влечения. Если их вынуждают к чрезмерному сублимированию и отнимают у них ближайшее и наиболее удобное удовлетворение влечений, то делают им жизнь еще более трудной, чем они ее воспринимают и без того. Врач должен быть прежде всего терпимым к слабостям больного, должен довольствоваться и тем, чтобы вернуть известную работоспособность и способность наслаждаться жизнью и неполноценному человеку. Воспитательное честолюбие столь же нецелесообразно, как и терапевтическое. К тому же надо принимать во внимание, что многие заболевают именно благодаря старанию сублимировать

свои влечения сверх меры, допускаемой их организацией, и что у лиц, способных к сублимированию, этот процесс обыкновенно совершается сам собой, как только преодолеваются благодаря анализу их задержки. Я полагаю поэтому, что стремление постоянно использовать аналитическое лечение для сублимирования влечений, хотя всегда похвально, но никоим образом не рекомендуется во всех случаях.

i) В каких границах следует пользоваться при лечении интеллектуальным сотрудничеством анализируемого? По этому поводу трудно высказать положение общего характера. В первую линию тут решает личность пациента. Но во всяком случае при этом необходимо соблюдать осторожность и сдержанность. Неправильно ставить анализируемому определенные задачи, чтобы он собрал свои воспоминания, раздумывал над определенным периодом своей жизни и т. п... Наоборот, он должен свыкнуться с тем—с чем всякому трудно освоиться—что умственной работой в духе размышления, напряжением воли и внимания не резрешается ни одна загадка неврозов, а только терпеливым подчинением психоаналитическим правилам, требующим устранения критики по отношению к бессознательному и его отпрыскам. Особенно неумолимо нужно требовать подчинения этим правилам у тех больных, которые упражняются в искусстве увиливать при лечении в интеллектуальную область и этим освобождают себя от необходимости сделать что-нибудь для преодоления ее. Поэтому у моих пациентов я неохотно прибегаю к помощи чтения аналитических статей; я требую, чтобы они учились на самих себе, и убеждаю их, что таким образом они узнают больше и более ценное, чем то, что им могла бы сообщить вся психоаналитическая литература. Но я согласен, что в условиях пребывания в санатории может иметь большое преимущество чтение для подготовки анализируемых и для создания атмосферы, способствующей восприимчивости к влиянию врача.

Настоятельнее всего я предупреждаю против того, чтобы добиваться одобрения или поддержки родителей или родственников, давая им для прочтения какое-нибудь—вступительное или более глубокое—произведение нашей литературы. Обыкновенно этот благонамеренный шаг оказывается вполне достаточным для того, чтобы преждевременно вызвать естественное и когда-нибудь за период лечения неизбежное противодействие

родственников против психоаналитического лечения больного, так что дело вобще не доходит до начала лечения.

Высказываю надежду на то, что увеличивающийся опыт психоаналитиков скоро приведет к определенному соглашению в вопросах техники и о том, как целесообразнее лечить невротиков. А что касается обращения «с родственниками», то в этом отношении я сознаюсь в своей полной растерянности и питаю вообще мало доверия к индивидуальному на них воздействию.

Пути психоаналитической терапии.

(Речь, произнесенная па V психоаналитическом конгрессе в Будапеште 1918 г.)

Многоуважаемые коллеги!

Вам известно, что мы никогда не гордились полнотой и законченностью наших знаний и нашего умения; как и прежде, мы и теперь всегда готовы признать неполноту нашего познания, учиться еще новому и изменить в нашем методе все, что можно заменить лучшим.

После долгих тяжелых лет разлуки мы собрались, наконец, снова, и мне поэтому хочется подвергнуть пересмотру состояние нашей терапии, которой мы обязаны нашим положением в обществе, и выяснить, в каком направлении она могла бы в будущем получить свое дальнейшее развитие.

Нашу врачебную задачу мы формулировали следующим образом: дать невротическому больному возможность осознать имеющиеся у него бессознательные вытесненные душевные движения и с этой целью вскрыть сопротивления, противодействующие такому расширению знания о собственной личности, Но достигается ли также преодоление этих сопротивлений таким вскрытием? Разумеется, не всегда, но мы надеемся достигнуть этой цели, использовав перенесение больного на личность врача, чтобы приобщить его к нашему убеждению в нецелесообразности бывших в детстве процессов вытеснения и в невозможности жизни по принципу наслаждения. Динамические условия нового конфликта, через который мы ведем больного, и которым мы заменили прежний конфликт, приведший его к болезни, выяснены мною в другом месте. В этом пункте я не могу ничего изменить.

Работу, при помощи которой мы вводим в сознание больного вытесненное им в его душе, мы назвали психоанализом. Почему же «анализом»?—Потому что работа эта означает разложение, разделение и напоминает по аналогии работу химика над организованной материей, которую он находит в природе и приносит в свою лабораторию? Подобная аналогия действительно существует в одном пункте? Симптомы и болезненные проявления пациента, как и все душевные проявления его деятельности, очень сложны по своей природе; элементами этой сложности в конечном результате являются мотивы и влечения. Но больной ничего не знает об этих элементарных мотивах, или то, что он знает, весьма недостаточно. Мы научаем его понимать состав этих очень сложных душевных образований, сводим симптомы к обусловливающим их влечениям, указываем больному на эти до того неизвестные ему мотивы влечений в его симптомах подобно тому, как химик выделяет основную материю, химический элемент в соли, в которой этот элемент невозможно было распознать, благодаря его соединениям. И таким же образом мы показываем больному, что ему не совсем известна была мотивировка его душевных проявлений, которые он не считал болезненными, и что в его душе действовали другие мотивы и влечения, оставшиеся ему неизвестными.

Мы объяснили также и сексуальные стремления людей, разложив их на компоненты. А когда мы толкуем сновидения, то, не обращая внимания на сновидения в целом, ассоциируем к отдельным его элементам.

Это вполне правильное сравнение врачебной психоаналитической деятельности с химической работой могло бы послужить поводом для нового направления нашей терапии. Мы анализировали, т.-е. разложили, его душевную деятельность на ее элементарные составные части, открыли в ней эти элементы влечений, каждый в отдельности и в изолированном виде; что же было бы теперь естественней требования, чтобы мы оказали больному помощь для нового и лучшего соединения их? Как вам известно, такого рода требование действительно предъявлялось. Мы слышали: после анализа больной душевной жизни должен последовать ее синтез! И сейчас же с этим связано было опасение, что можно, пожалуй, много дать анализа и очень мало синтеза; а вместе с тем появилось и стремление

перенести центр тяжести терапевтического воздействия на этот синтез, своего рода восстановление как бы разрушенного путем вивисекции.

Я не могу, однако, допустить, м. г., что перед нами вырастает новая задача в виде этого синтеза. Если бы я позволил себе быть откровенным и невежливым, то сказал бы, что речь тут идет о бессмысленной фразе. Позволю себе заметить, что мы тут имеем дело с бессодержательным преувеличением сравнения или, если хотите, ничем не оправдываемым злоупотреблением названием. Но имя ведь представляет собой этикетку, уместную только для того, чтобы отличить от чего-то другого, похожего, а не программу, не указание содержания или определение. И сравнение может соприкасаться со сравниваемым только в одном пункте, а во всем остальном значительно от него отличаться. Психическое является настолько особенным, что ни одно сравнение не может полностью отразить его природу. Психоаналитическая работа открывает возможность аналогии с химическим анализом, но точно так же с вмешательством хирурга или с воздействием ортопеда, или с влиянием воспитателя. Сравнение с химическим анализом ограничивается тем моментом, что мы имеем в душевной жизни дело с такими стремлениями, которые вынуждены то разъединяться, то вновь соединяться. Если нам удалось разложить симптом, освободить влечение из его общей связи, то он не остается изолированным, а сейчас же вступает в новое соединение *).

Напротив! невротический больной приходит к нам с разорванной, разодранной сопротивлениями на части душевной жизнью в то время, как мы ее анализируем, устраняем сопротивление, эта душевная жизнь срастается, и то большое единство, какое мы называем его «я», вбирает в себя все те влечения, которые до того были отщеплены и связаны вне «я». Таким образом, у того, кто лечится анализом, психосинтез происходит без нашего вмешательства, автоматически и неизбежно. Мы создали необходимые для этого условия разложением симптомов и устранением сопротивлений. Неверно, что в больном

*) Нечто подобное имеет место и во время химического анализа. Одновременно с изолированием, которого добивается химик, происходят нежелательные для него синтезы, благодаря освобождающемуся сродству и взаимному притяжению элементов.

что-то разложилось на составные части и преспокойно ждет, чтобы мы его каким-нибудь образом соединили.

Развитие нашей терапии пойдет, вероятно, по другому пути. Скорее всего по тому, который Ferenczi недавно наметил в своей работе о «Технических трудностях анализа одной истерии» (Zeitschrift. Psa. 1918 г.) и назвал «активностью» аналитика.

Придем поскорее к соглашению о том, что понимать под этой активностью. Мы описываем нашу терапевтическую задачу при помощи двух содержаний: осознание вытесненного и вскрытие сопротивлений. При этом мы однако достаточно активны. Но должны ли мы предоставить самому больному справиться с указанными ему сопротивлениями? Не можем ли мы при этом оказать иную помощь, кроме той, которую он получает благодаря своей склонности к перенесению? Не вполне ли естественно было бы, чтобы мы ему помогли и тем, что поставили бы его в психическое положение, наиболее благоприятное для желательного разрешения конфликта? Ведь то, что он может совершить, зависит от известного числа предрасполагающих внешних условий. Неужели нам приходится задумываться над тем, чтобы вмешательством своим изменить соответствующим образом эти условия? Я думаю, что подобная активность лечащего анализом врача не вызывает сомнения и вполне оправдывается.

Вы замечаете, что здесь открывается перед нами новая область аналитической техники, разработка которой потребует настойчивых усилий и приведет к вполне определенным предписаниям. Я не сделаю попытки сегодня же ввести вас в эту технику, находящуюся еще в состоянии развития, а удовлетворюсь тем, что подчеркну одно основное положение, которому, вероятно, предстоит господствовать в этой области: аналитическое лечение должно по мере возможности проводиться в лишении—при воздержании.

Насколько это возможно установить, предстоит выяснить в детальной дискуссии. Но под воздержанием нельзя понимать лишение всякого удовлетворения—это разумеется было бы неосуществимо—также и не то, что понимается в обычном смысле, воздержание от полового общения, а нечто другое, что имеет гораздо больше общего с динамикой заболевания и выздоровления.

Вы помните, что пациент заболел вследствие невозможности удовлетворения, что его симптомы служат заме-

ной удовлетворения. Во время лечения вы можете заметить, как всякое улучшение состояния больного замедляет темп выздоровления и уменьшает силу, толкающую к излечению. Но мы не можем отказаться от этой силы; уменьшение ее опасно для наших целей. Какие же вытекают для нас из этого неизбежные следствия? Как жестоко это ни звучит, мы должны стараться, чтобы страдание больного в достаточной мере не закончилось преждевременно. Если оно уменьшилось благодаря разложению и обесцениванию симптомов,—нам необходимо восстановить его как-нибудь иначе, как чувствительное лишение, иначе нам грозит опасность никогда не достичь большего, чем скромного и нестойкого улучшения.

В особенности, насколько я вижу, опасность грозит с двух сторон. С одной стороны, пациент, болезнь которого пошатнулась благодаря анализу, самым усердным образом старается создать себе вместо своих симптомов новые замены удовлетворения, уже лишенные характера страданий. Он пользуется громадной способностью к передвижению отчасти освободившегося либидо, чтобы перенести его на самые различные виды деятельности, склонности, привычки, и на такие, какие имелись уже раньше ,и поднять их до степени замены настоящего удовлетворения. Он находит все новые отвлечения, благодаря которым исчерпывается необходимая для хода лечения энергия, и некоторое время умудряется скрывать их. Возникает задача выслеживать все такие уклоны и всякий раз требовать отказа от них, какой бы безобидной ни казалась сама по себе деятельность, ведущая к удовлетворению. Но наполовину излеченный может избрать и менее безобидный путь, например, мужчина может вступить в опрометчивую связь с женщиной. Между прочим замечу, что несчастный брак и телесное истощение чаще всего приходят на смену неврозов. Они особенно удовлетворяют сознание собственной вины (потребность в наказании), заставляющее многих больных так упорно держаться своего невроза. Они сами наказывают себя несчастным браком; продолжительную органическую болезнь они принимают, как наказание судьбы, и в таком случае нередко отказываются от продолжения невроза.

Активность врача должна во всех этих случаях проявиться, как энергическое вмешательство против преждевременно заменяющих удовлетворений. Но легче ему будет предупредить

вторую опасность, которой нельзя пренебречь, и которая угрожает силе, двигающей анализ. Больной ищет заменяющее удовлетворение в самом лечении, в отношениях к врачу, установившихся благодаря перенесению, и может даже стремиться к тому, чтобы вознаградить себя таким путем за все лишения, на которые он вынужден итти. Кое-что нужно ему позволить в большей или меньшей степени в зависимости от природы случая и от особенности больного. Но плохо, если отношения переходят за определенные границы. Кто, будучи аналитиком, отдает больному из полноты своего отзывчивого сердца все, что человек может получить от другого, тот делает ту же самую экономическую ошибку, в которой повинны наши не аналитические санатории для нервно-больных. Они стремятся только к тому, чтобы создать для больного возможно благоприятные условия, чтобы он там хорошо себя чувствовал и охотно искал в них снова убежища от тягот жизни. При этом они отказываются от того, чтобы сделать его более сильным для жизни и более дееспособным для предстоящих перед ним действительных задач. В аналитическом лечении так баловать больного нельзя. У больного, поскольку дело идет об отношениях к врачу, должно оставаться много неисполненных желаний. Весьма целесообразно отказывать ему именно в таком удовлетворении, которого он больше всего желает и настойчивее всего выражает.

Не думаю, чтобы я исчерпал объем желательной активности врача положением: во время лечения необходимо поддерживать лишение. Как вы помните, еще другое направление аналитической активности послужило уже однажды предметом разногласия между нами и швейцарской школой. Мы решительно отказались от того, чтобы сделать нашей собственностью пациента, который, ища помощи, отдается в наши руки; чтобы создавать его судьбу, навязывать ему наши идеалы и в высокомерии творца создавать его по нашему образу и подобию, который должен быть объектом нашего восхищения. Я и теперь продолжаю отрицать подобный образ действия и думаю, что тут место врачебной сдержанности, от которой в других отношениях мы должны отказаться: опыт мне показал, что вовсе нет надобности для наших терапевтических целей в столь далеко идущей активности в отношениях к пациенту. Потому что мне удавалось помогать людям, с которыми меня не связывала ни общность расы, ни воспитание, ни миросозерцание, ни социаль-

ное положение,— при чем они не лишались своей оригинальности. Тогда, во время тех разногласий, у меня, правда, сложилось впечатление, что возражение представителей нашего мнения,— мне кажется прежде всего это был E. Jones,— было слишком безусловным и резким. Мы не можем избежать того, чтобы не браться за лечение пациентов, настолько неумеющих владеть собой и непригодных для жизни, что у них приходится соединять аналитическое воздействие с воспитательским, и даже у большинства других больных попадаются иной раз такие положения, когда врач должен выступить в роли воспитателя и советника. Но это должно всякий раз происходить с предосторожностью, и больной должен воспитываться не так, чтобы походить на нас, а чтобы достичь освобождения и завершения собственного существа.

Да простит нам наш уважаемый друг J. Putnam в столь враждебной нам теперь Америке, если мы не согласимся и с его требованием, чтобы психоанализ отдал себя в распоряжение определенного философского миросозерцания и навязывал его пациенту с облагораживающей целью. Я сказал бы, что это все же насилие, хотя и прикрытое благороднейшими целями.

Последний вид аффективности, совсем другого характера, становится для нас необходимым благодаря постепенно растущему убеждению, что к различным формам болезни, которые мы лечим, не может быть применена одна и та же техника. Преждевременно было бы подробней говорить об этом, но на двух примерах я могу пояснить, в какой мере имеется в виду тут новая активность. Наша техника сложилась на лечении истерии и все еще приспособлена к этой болезни. Но уже фобии заставляют нас изменить образ действий, которого мы придерживались до настоящего времени. Вряд ли можно справиться с фобией, если ждать, пока анализ заставит больного отказаться от нее. Больной в таких случаях никогда не дает в анализе материала, необходимого для разрешения фобий. Нужно поступать иначе. Возьмите в пример агорафобика. Имеются два класса таких больных: один более легкий, а другой более тяжелый. Хотя и больным первого класса приходится страдать от страха всякий раз, когда они выходят на улицу, они все же не отказались от того, чтобы выходить одним, без провожатых; другие больные защищаются от страха тем, что перестали выходить одни. У этих последних можно добиться успе-

ха только тогда, если благодаря влиянию анализа их можно заставить вести себя, как фобии первой степени, т. е. выходить на улицу и бороться со страхом во время таких попыток. Сначала, следовательно, нужно добиться того, чтобы фобия стала слабее, и когда это достигнуто благодаря требованию врача, у больного явятся те мысли и воспоминания, которые делают возможным разрешение фобий.

Еще менее показанным кажется нам пассивное ожидание в тех тяжелых случаях навязчивого состояния, которые в общем склонны к «ассимптотическому» процессу исцеления, к бесконечно длящемуся лечению, анализу которых всегда грозит опасность—раскрыть очень много, но ничего не изменить. Мне кажется несомненным, что правильная техника может заключаться лишь в том, чтобы ждать, пока само лечение не стало навязчивостью, и тогда насильно подавить навязчивость болезни при помощи этой противоположной навязчивости. Но вы понимаете, что в обоих этих случаях я указываю вам только примеры того нового развития, по которому направится наша терапия.

В заключение я хотел бы наметить положение, относящееся к будущему, которое многим из вас покажется фантастическим, но которое, как мне кажется, все же заслуживает, чтобы мысленно к нему подготовиться. Вы знаете, что действительность нашей терапии не очень интенсивна. Нас только небольшая кучка, и каждый из нас даже при самой напряженной работе может посвятить себя в течение года только небольшому числу больных. В сравнении с огромным количеством невротических страданий, имеющихся в мире, но, может-быть, вовсе не необходимых, едва ли приходится принимать в количественном отношении во внимание то, что мы в состоянии устранить. Кроме того, благодаря условиям нашего существования, нам приходится ограничиваться состоятельными слоями общества, теми, которые сами обыкновенно выбирают себе врачей и при этом выборе отклоняют психоанализ благодаря всевозможным предубеждениям. Для широких слоев населения, тяжело страдающих от неврозов, мы пока ничего не можем сделать.

Допустим теперь, что при помощи какой-нибудь организации нам удалось бы настолько увеличить наше число, что нас хватило бы на то, чтобы лечить большие массы людей. С дру-

гой стороны, можно предвидеть: когда-нибудь проснется совесть общества и подскажет, что бедный человек имеет такое же право на помощь психическую, какое теперь за ним признано на спасающую жизнь хирургическую помощь. Что неврозы, далее, угрожают не в меньшей степени, чем туберкулез, и так же мало, как и эта болезнь, могут быть предоставлены беспомощной заботе отдельного человека из народа. Тогда будут созданы лечебницы или амбулатории, в которых будут работать психоаналитически обученные врачи, чтобы сделать работоспособными и душевно устойчивыми мужчин, которые в противном случае предались бы пьянству, женщин, которым грозит крушение под тяжестью лишений, детей, которым предстоит выбор между одичанием и неврозом. Это лечение будет бесплатным. Много пройдет еще времени, пока государство признает необходимыми эти обязанности. Условия настоящего времени еще дальше отодвигают этот срок, вероятно, частная благотворительность положит начало таким институтам, но когда-нибудь все же должно дойти до этого.

Тогда перед нами вырастет задача приспособить нашу технику к новым условиям. Я не сомневаюсь в том, что верность наших психологических допущений произведет впечатление и на необразованных, но нам необходимо будет найти простейшее и самое наглядное выражение для наших теоретических учений. Мы, вероятно, убедимся в том, что бедный еще менее готов отказаться от невроза, чем богатый, потому что его не привлекает та тяжелая жизнь, которая ждет его, а болезнь увеличивает его притязание на социальную помощь. Возможно, что мы сможем добиться чего-нибудь только тогда, когда соединим психическую помощь с материальной поддержкой по примеру императора Иосифа. Мы, вероятно, вынуждены будем при массовом применении нашей терапии примешать в большом количестве к чистому золоту анализа медь непосредственного внушения. И также гипнотическое воздействие могло бы в тех случаях, как и при лечении военных невротиков, снова оказаться на месте. Но в какую бы форму ни вылилась психотерапия для народа, и из каких элементов она бы ни сложилась — несомненно, что составные части ее, позаимствованные у строгого нетенденциозного анализа, останутся самыми действительными и самыми важными.

———

Заметка из ранней истории психоаналитической техники.

В последней книге Havelok Ellis'a, заслуженного исследователя в области сексуального вопроса и благородного критика психоанализа, носящей название «The Philosophy of Conflict and other essays in war—time, second series», London 1919», имеется статья: «Psycho - analysis in relation to sex», в которой автор старается доказать, что создания творца анализа следует рассматривать не как научную работу, а как произведение искусства. В этом взгляде мы видим новый поворот сопротивления и отрицание анализа, хотя оно замаскировано чрезвычайно любезной, даже льстящей самолюбию формой изложения. Мы готовы поэтому самым решительным образом возражать против этого.

Но не это возражение составляет настоящий мотив нашего интереса к очерку Havelok Ellis'a, а тот факт, что благодаря своей большой начитанности он сумел указать автора, который пользовался свободными ассоциациями, как особой техникой, и рекомендовал их другим, хотя и для других целей, и поэтому имеет право считаться в этом отношении предшественником психоаналитиков. «В 1857 году», пишет Havelok Ellis, «D-r J. J. Garth Wilkinson, более известный, как поэт и мистик направления Swedenborg'a, чем как врач, опубликовал том мистических вольных стихотворений—сочиненный по новой, по его словам, методе, называемой им «Impression». «Нужно выбрать тему», говорит он, «или записать ее, когда это сделано, то на первую же мысль, пришедшую в голову (impression upon the mind) после написания заглавия нужно смотреть, как на начало разработки темы, независимо от того, кажется ли это слово или предложение странным или не относящимся к делу».

«Первое движение духа, первое слово, возникающее в голове, и есть результат стремления углубиться в данную тему». Так последовательно продолжают эту работу, и Garth Wilkinson говорит: «Я всегда находил, что это ведет к сути вещи, как будто вследствие влияния непогрешимого инстинкта». Эта техника, по мнению Wilkinson'а, соотвествовала бесконтрольному течению мыслей, требованию проявить себя, направленному к самым глубоким бессознательным душевным движениям. Он предупреждал, что необходимо отстранить волю и всякое размышление; нужно довериться вдохновению (influx), и при этом оказывается, что душевные способности направляются к незнакомым целям».

«Нельзя упускать из виду, что Wilkinson, хотя и был врачем, пользовался этой техникой для религиозных и литературных целей, а не для врачебных или научных, но вполне очевидно, что, по существу, это — психоаналитическая техника, объектом которой является собственная личность, лишнее доказательство того, что метод Freud'а представляет собой приемы художника (artist)».

Знакомые с психоаналитической литературой вспомнят тут прекрасное место из письма Schiller'а к Körner'у, в котором великий поэт и мыслитель советует всякому, кто хочет быть продуктивным, обращать внимание на свободно приходящие в голову мысли. Возможно, что у многих мелькала мысль о новой будто бы технике Wilkinson'а, и систематическое применение ее в психоанализе кажется нам не столько доказательством художественного склада Freud'а, сколько выводом из его убеждения, которого он держался с упорством предрассудка, — в глубокой детерминированности всех психических процессов. Отсюда самой близкой и вероятной возможностью являлась принадлежность свободно возникающей в сознании мысли к установленной теме, — что и подтверждалось опытом психоанализа, поскольку слишком большое сопротивление не искажало предполагаемой связи.

Однако можно полагать, что, несомненно, ни Schiller, ни Garth Wilkinson не имели влияния на выбор психоаналитической техники. Но отношения более личного характера намечаются как будто совсем с другой стороны.

Недавно д-р Hugo Dubovitz в Будапеште обратил внимание Ferenczi на небольшую статью Ludvig'а Börne, со-

держащую всего только $4^1/_2$ страницы, написанную в 1823 году и помещенную в первом томе полного собрания его сочинений (издание 1862 г.). Статья озаглавлена: «Искусство стать в три дня оригинальным писателем» и отличается известными особенностями стиля Jean Paul'я, перед которым тогда преклонялся Börne. Она кончается следующими фразами: «А тут следует обещанное полезное применение. Возьмите лист бумаги и записывайте три дня подряд без фальши и льстивости все, что вам придет в голову. Пишите все, что думаете о себе, о ваших женах, о турецкой войне, о Goethe, о криминальном процессе Fouks'a, о дне великого суда, о ваших начальниках — и по прошествии трех дней вы будете страшно поражены и удивлены своими новыми невероятными мыслями. Вот оно искусство стать в три дня оригинальным писателем»!

Когда проф. Freud'a побудили прочесть эту статью Börne, он сделал ряд указаний, могущих иметь значение для освещения затронутого здесь вопроса об истории допсихоаналитического применения метода свободных ассоциаций. Он рассказал, что 14 лет он получил в подарок сочинения Börne и сохранил эту книгу в течение 50 лет до настоящего времени — единственно уцелевшую у него с юного возраста. Это был первый писатель, в произведения которого он углубился. Он не может вспомнить статью, о которой идет речь, но другие статьи, помещенные в этом же томе, как-то, надгробная речь Jean Paul'ю, der Esskünstler, der Narr im weissen Schwan в течение многих лет неоднократно всплывали в его памяти без видимой причины. Особенно был он удивлен, когда нашел в указании, как стать оригинальным писателем, некоторые мысли, которые его всегда занимали и казались верными, напр: «У всех у нас замечается постыдная трусость перед мышлением. Цензура общественного мнения над произведениями нашего собственного духа подавляет нас больше, чем цензура правительства». (Здесь кстати упоминается цензура, появляющаяся в психоанализе, как цензура сновидений...) «Не ума, а характера не хватает большинству писателей, чтобы быть лучше, чем они есть... Откровенность — источник гениальности, и люди были бы умней, если бы были нравственней.»

Не исключается повидимому, возможность того, что этим указанием вскрыта, может-быть, часть криптамнезии, которую можно допустить во многих случаях кажущейся оригинальности.

Оглавление.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ИЗДАТЕЛЬСТВО
ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ □ МОСКВА □ 1923